



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Promoção do Conforto ao Cliente Pediátrico:
intervenções de enfermagem à criança com síndrome
de abstinência iatrogénica**

Carlos Alberto de Melo da Silva Monteiro

**Lisboa
2020**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Promoção do Conforto ao Cliente Pediátrico:
intervenções de enfermagem à criança com síndrome de
abstinência iatrogénica**

Carlos Alberto de Melo da Silva Monteiro

Orientador: Maria Alice dos Santos Curado

**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

"The ultimate purpose of nursing is to promote comfort."

Janice M. Morse

*"The real voyage of discovery consists not in seeking new landscapes,
but in having new eyes."*

Marcel Proust

Agradecimentos

O meu reconhecimento muito especial à Prof.^a Doutora Maria Alice Curado pela disponibilidade incondicional, pela partilha e contínuo incentivo com que sempre me presenteou ao longo deste percurso.

Em particular à professora Sónia Rodrigues pelo feedback construtivo com que me desafiou a querer aprofundar mais as minhas aprendizagens.

À Joana e à Francisca por serem sempre, nos melhores e piores momentos, o meu lugar de conforto.

À minha mãe, pai e irmão por nunca deixarem de acreditar em mim.

A todas as pessoas que fizeram com que este percurso formativo se tornasse nesta experiência única de aprendizagem

LISTA DE SIGLAS

CCF:	Cuidados Centrados na Família
CNT:	Cuidados Não Traumáticos
CR:	Centro de Reabilitação
DGS:	Direção-Geral da Saúde
EC:	Ensino Clínico
EE:	Enfermeiro Especialista
EEESIP:	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
EER:	Enfermeiro Especialista em Reabilitação
EESMO:	Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
ESEL:	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FNASS:	<i>Finnegan Neonatal Abstinence Scoring System</i>
MESIP:	Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
OE:	Ordem dos Enfermeiros
OMS:	Organização Mundial da Saúde
PED:	Internamento de Pediatria
RN:	Recém-nascido
SAI:	Síndrome de Abstinência Iatrogénica
SAN:	Síndrome de Abstinência Neonatal
SOS-PD:	<i>Sophia Observation withdrawal Symptoms-scale and Delirium</i>
SUP:	Serviço de Urgência Pediátrica
UCI:	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIN:	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCIP:	Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
USF:	Unidade de Saúde Familiar
WAT-1:	<i>Withdrawal Assessment Tool</i>

RESUMO

A hospitalização é uma situação causadora de ansiedade, *stress* e disrupção do decorrer normal do dia-a-dia da pessoa, afetando em especial a criança e a sua família, podendo condicionar o seu desenvolvimento harmonioso. Em situações de doença crítica há a necessidade de internamento em cuidados intensivos, onde técnicas e procedimentos especializados e diferenciados, frequentemente invasivos e dolorosos, sujeitam a criança e família a experiências difíceis de lidar e superar.

No sentido de minimizar a dor, a ansiedade, o *stress* e o sofrimento associados aos cuidados intensivos e aos procedimentos realizados são utilizadas estratégias não-farmacológicas e farmacológicas, sendo a sedoanalgesia a estratégia farmacológica mais frequentemente utilizada. Contudo, a sua utilização não é isenta de risco, havendo evidência de que doses elevadas de opióides e benzodiazepinas, o seu uso prolongado e descontinuação abrupta estão associados a eventos adversos em particular a Síndrome de Abstinência Iatrogénica.

Procurando entender a ocorrência desta síndrome, a sua prevenção e tratamento, e identificar a intervenção do enfermeiro na criança, jovem e família no contexto desta síndrome, bem como desenvolver competências de Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, foi delineado um projeto de aprendizagem enfatizando a reflexão na ação e a reflexão crítica sobre as situações e práticas nos diversos contextos de estágio. Por forma a desenvolver conhecimentos e capacidades ao nível de mestrado, elaborou-se um projeto de investigação sobre a temática em estudo, a ser concluído após término deste percurso formativo, integrado na Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O resultado deste conjunto de atividades é exposto neste relatório onde se apresentam a pertinência da temática escolhida, a filosofia de cuidar em enfermagem pediátrica enquadrando a intervenção e aplicando a teoria do conforto de Kolcaba, as competências desenvolvidas ao longo de todo o percurso relacionando-as com as atividades realizadas e as limitações encontradas, e por último os projetos de desenvolvimento futuros bem como as considerações finais de todo o processo.

Palavras-chave: Síndrome de Abstinência Iatrogénica, Enfermagem Pediátrica, Teoria do Conforto

ABSTRACT

Hospitalization is a situation that causes anxiety, *stress* and disruption of the person's normal day-to-day life, affecting especially the child and his family, eventually conditioning their harmonious development. When critical illness occurs, admission to intensive care is needed, where specialized and differentiated techniques and procedures, often invasive and painful, turn the child and family's experience harder to deal with and overcome.

To minimize pain, discomfort, and suffering associated with intensive care and the procedures needed non-pharmacological and pharmacological strategies are frequently used, with sedoanalgesia being the most frequent pharmacological strategy. However, its use is not without risk, and there is evidence that high dose of opioids and benzodiazepines, its prolonged use and abrupt discontinuation, can lead to the occurrence of adverse events mainly the Iatrogenic Withdrawal Syndrome.

Searching to understand the occurrence of this syndrome, how it can be prevented or treated, and to identify the interventions of the paediatric nurse to the child and family in the context of this syndrome, as well as to develop skills for acquiring the title of Specialist Nurse in Child and Paediatric Health Nursing, a learning project was outlined, emphasising the reflection in action and critical thinking processes regarding the experiences and nursing practices occurring in the diverse clinical practice contexts. In order to develop knowledge and skills at master's level, a research project on the subject under study was elaborated, to be concluded after the end of this formative path, integrated in the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Research Unit.

The result of this set of activities is exposed in this report, presenting the relevance of the chosen theme, the philosophy of paediatric nursing care framing the intervention and applying Kolcaba's theory of comfort, the skills developed throughout the entire formative path relating them with the activities carried out and the limitations found, and finally the future development projects as well as the final considerations of the entire process.

Keywords: Iatrogenic Withdrawal Syndrome, Paediatric Nursing, Comfort Theory

CONTEÚDO

Introdução

Capítulo 1. Enquadramento teórico	15
1.1 A criança não é um adulto pequeno!.....	15
1.2 A enfermagem e o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica	16
1.2.1 Especialistas das pequenas coisas	16
1.2.2 Especialista da resposta global ao “mundo” da criança	20
1.3 Hospitalização e Síndrome de Abstinência Iatrogénica	26
1.3.1 Cuidados à criança em estado crítico e sua família	28
1.3.2 O cuidado à criança com Síndrome de Abstinência Iatrogénica.....	31
Capítulo 2. Intervenções de enfermagem promotoras do conforto ao cliente pediátrico	36
2.1 Nem tudo o que dói é dor!	36
2.2 Teoria do conforto de Kolcaba.....	39
2.3 Promoção do conforto ao cliente pediátrico	41
Capítulo 3. Objetivos e metodologia	47
3.1 Objetivos gerais e específicos	47
3.2 Metodologia e métodos.....	47
Capítulo 4. Atividades e desenvolvimento de competências	52
4.1 Análise	54
4.2 Síntese.....	60
Capítulo 5. Projetos futuros e considerações finais.....	62
5.1 Projetos futuros	62
5.2 Considerações finais	63
Referências bibliográficas	
Anexo I – Escala <i>Withdrawal Assessment Tool (WAT-1)</i>	
Anexo II – Escala <i>Sophia Observation withdrawal Symptoms-scale and Delirium (SOS-PD)</i>	
Anexo III – Escala <i>Finnegan Neonatal Abstinence Scoring System (FNASS)</i>	
Anexo IV – Matriz taxonómica de avaliação de necessidades de Kolcaba	
Anexo V – Teoria do Conforto de Kolcaba	
Anexo VI – Padrões de Qualidade dos Cuidados do EEESIP à criança, jovem e família com SAI.....	
Apêndice I – Descrição dos objetivos, atividades e resultados esperados.....	
Apêndice II – Cronograma.....	
Apêndice III – Guia orientador das atividades de estágio.....	
Apêndice IV – Guião de Entrevista exploratória e Resumo das ideias principais	

Apêndice V – Síntese reflexiva do Ensino Clínico na Urgência Pediátrica	
Apêndice VI – Instrução de trabalho: Uso de Protóxido de Azoto em contexto de Urgência Pediátrica.	
Apêndice VII – Projeto de criação de uma caixa da brincadeira na Urgência Pediátrica	
Apêndice VIII – Síntese reflexiva do Ensino Clínico no Centro de Reabilitação	
Apêndice IX – Dossier temático sobre promoção da esperança	
Apêndice X – Síntese reflexiva do Ensino Clínico na Unidade de Saúde Familiar.....	
Apêndice XI – Projeto de atividade para o dia da criança	
Apêndice XII – Plano de sessão de informação/formação e Questionário de avaliação.....	
Apêndice XIII – Apresentação realizada nas sessões de informação/formação em UCIN e UCIP	
Apêndice XIV – Tabela de resumo das avaliações das sessões de informação/formação	
Apêndice XV – Promoção do conforto a crianças com SAI e sua família (Artigos)	
Apêndice XVI – Norma de avaliação, prevenção e gestão da criança com SAI	
Apêndice XVII – Projeto de Investigação - A criança com SAI: necessidades de formação dos profissionais de saúde em UCIN e UCIP	
Apêndice XVIII – Póster do projeto de investigação	
Apêndice XIX – Pedidos de autorização	
Apêndice XX – Questionário do projeto de investigação	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de sobreposição de sintomatologia 33

Figura 2. Diagrama de fatores de risco para a ocorrência de SAI..... 34

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Divisão das manifestações da SAI por sistema afetado.....	32
Tabela 2. Intervenção especializada na SAI	35
Tabela 3. Tipo de Intervenções Promotoras do Conforto.....	44
Tabela 4. Competências do EEESIP por tipo de intervenções promotoras do conforto	45

INTRODUÇÃO

A demonstração da apropriação do conhecimento e aprendizagens realizadas é fundamental para a concretização de um processo formativo e certificação das competências adquiridas ao longo desse processo, sendo este relatório o veículo utilizado para esta demonstração relativamente ao Ensino Clínico [EC] realizado no contexto do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [MESIP], com vista à obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP].

A Ordem dos Enfermeiros [OE] determina as competências e âmbito de atuação do Enfermeiro Especialista [EE] definindo-o como o profissional “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...) aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Ao EEESIP cabe a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, a orientação antecipatória no sentido da maximização do potencial de desenvolvimento, a gestão do bem-estar da criança, a deteção precoce e encaminhamento de situações de risco para a vida ou a sua qualidade, a resposta na complexidade em áreas diversas como situações de emergência, e avaliar a família respondendo às suas necessidades nomeadamente na adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (OE, 2018).

Ao longo do meu exercício profissional fui identificando uma afinidade pelos cuidados na área da pediatria, em especial na área dos cuidados intensivos pediátricos onde desenvolvi e aprofundei as minhas competências enquanto enfermeiro. Contudo, a exposição a diferentes contextos e realidades levou-me a identificar áreas de intervenção em que reconheci a necessidade de desenvolvimento adicional de modo a intervir de forma adequada e global às necessidades da criança e família, concretizando-se esta necessidade na realização do MESIP.

Uma área para a qual não me sentia devidamente competente ao nível da intervenção e reconhecida igualmente pelos pares como uma lacuna na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos [UCIP], proporcionando assim uma oportunidade de aprendizagem pessoal e possível papel na melhoria dos cuidados de enfermagem

prestados na UCIP, eram os cuidados de enfermagem à criança com síndrome de abstinência iatrogénica [SAI].

A SAI é um conjunto de manifestações (sinais e sintomas) que ocorre após a suspensão ou reversão de um fármaco a que se foi previamente exposto e do qual se ficou fisicamente dependente, sendo esta dependência um mecanismo de adaptação bioquímica e fisiológica à exposição a esse fármaco (Anand et al., 2010). Embora ocorra frequentemente em contexto de UCIP fruto da necessidade de um maior controlo da dor, *stress* e desconforto, tal não invalida a sua ocorrência em outros contextos como a enfermaria ou a comunidade.

Este tema tem sido fruto de diversas investigações e publicações na área da pediatria nos últimos 15 anos, refletindo a sua atualidade e pertinência, e daí decorrendo a necessidade de atualização de conhecimentos e práticas tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados. A síndrome de abstinência é um evento adverso causador de desconforto quer para criança quer para os pais, que deve ser prevenida ou minimizada, sendo também um critério de qualidade na prestação de cuidados (Best et al., 2015; Franck et al., 2012; Harris et al., 2016).

Procurando uma temática integradora dos diversos contextos de realização do EC e que englobasse a especificidade do tema da SAI, foi determinada como temática a “Promoção do conforto ao cliente pediátrico”. A escolha do termo conforto foi intencional na medida em que a SAI está não só associada à ocorrência de dor, mas também a estados de ansiedade e alterações fisiológicas que podem não envolver dor. Sendo um termo mais abrangente permitiu a sua aplicabilidade em situações diversas ao longo do EC, envolvendo ou não a ocorrência de dor, englobando intervenções segundo os princípios dos cuidados de enfermagem em pediatria como os cuidados centrados na família [CCF] e os cuidados não traumáticos [CNT], e enquadrar as intervenções através da teoria do conforto de Kolcaba (Kolcaba, 1994).

Fundamentando as atividades no planeamento efetuado na Unidade Curricular Opção II definiu-se como objetivo o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP para a prestação de cuidados a criança, ao jovem e família nas situações de desenvolvimento, saúde-doença e situações de especial complexidade, com foco na gestão do conforto nas diversas etapas de desenvolvimento, em diferentes contextos de atendimento à criança: urgência pediátrica, centro de reabilitação

pediátrico, enfermaria de pediatria, unidade de saúde familiar, unidade de cuidados intensivos neonatais e unidade de cuidados intensivos pediátricos.

Identificada a temática e os contextos de realização do EC, importa referir que para a demonstração do desenvolvimento das competências definidas se optou pela utilização de uma metodologia descritiva, reflexiva e crítica sobre as atividades, intervenções e resultados obtidos, articulando na sua análise e síntese a evidência científica e os referenciais normativos e reguladores da profissão de enfermagem.

A nível de estrutura o presente relatório encontra-se organizado em cinco capítulos. No primeiro, apresenta-se um enquadramento conceptual em que se aborda a evolução dos cuidados pediátricos, se explora a prática preconizada nos dias de hoje da enfermagem pediátrica, e revê a problemática da hospitalização e a evidência científica relativamente à síndrome de abstinência iatrogénica em pediatria.

No segundo capítulo explora-se o conceito de conforto, a teoria do conforto de Kolcaba e a sua aplicabilidade à pediatria, identificando-se estratégias promotoras do conforto ao cliente pediátrico.

No terceiro capítulo elencam-se os objetivos e abordam-se as questões metodológicas da realização do EC e da elaboração do relatório.

Inicia-se a reflexão e análise crítica no quarto capítulo avaliando as atividades realizadas em EC, relevando os aspetos mais importantes para o desenvolvimento profissional e aquisição de competências, e a síntese dessa análise e resultados.

No quinto capítulo explana-se prospectivamente possíveis projetos de realização profissional, em particular um projeto de investigação sobre a temática em estudo a ser concluído integrado na Unidade de Investigação, terminando com as considerações finais relativamente às aprendizagens e competências adquiridas.

Apresentam-se por último as referências bibliográficas consultadas, e os anexos e apêndices relevantes para a leitura e demonstração do percurso formativo realizado.

CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A criança apresenta particularidades associadas ao seu crescimento e desenvolvimento que a tornam suscetível e ao mesmo tempo adaptável aos contextos em que se encontra inserida, sendo importante compreender estas particularidades e contextos em especial para a enfermagem pediátrica. Um desses contextos é a hospitalização e em particular as implicações da SAI para a criança no seu bem-estar e desenvolvimento, o que se procurará explorar nos capítulos seguintes.

1.1 A criança não é um adulto pequeno!

Na atualidade, embora menos frequente, ainda se ouve “já é um crescido” ou “parece um adulto” expressões que caracterizam de forma simplista o estado de desenvolvimento da criança da perspetiva do observador. No entanto, historicamente, as crianças foram vistas como adultos pequenos, com as mesmas características destes, aspeto que se manteve na prática biomédica até recentemente replicando as implicações dos tratamentos em adultos para as crianças desconsiderando as especificidades da sua biofisiologia, patologia e estádios de desenvolvimento (Larcher, 2015). Para este autor “As crianças não são adultos pequenos que podem ser tratados como tal, nem seres uniformemente vulneráveis a necessitar de proteção; mas sim indivíduos em transição cujo crescimento e desenvolvimento para a idade adulta deve ser apoiado, encorajado e facilitado” (Larcher, 2015, p. 2).

Esta caracterização das crianças, hoje praticamente consensual, foi resultado dum processo evolutivo moroso, fruto de diversos estudos que comprovaram as especificidades da criança por oposição ao adulto e o impacto que as experiências vividas em fases precoces da sua vida tinham na pessoa adulta, em particular os estudos de Spitz (hospitalização), Bowlby (vinculação) e Robertson (separação parental) (Alsop-Shields & Mohay, 2001), bem como o reconhecimento que a biologia, anatomia, fisiologia e patologia da criança atravessam alterações significativas, e que lactentes e crianças pequenas estão particularmente vulneráveis ao ambiente envolvente e a outros danos dada a sua imaturidade, anatomofisiologia e farmacodinâmica (Larcher, 2015).

Decorrente destes desenvolvimentos científicos e alteração da perspetiva social da criança, decisões sociais e políticas conduziram à elaboração de documentos globais como a Declaração dos Direitos da Criança ou a Convenção dos Direitos da Criança

(Unicef, 2004) e locais como a Constituição da República Portuguesa (Assembleia Constituinte, 1976), a Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2009) ou os Programas Nacionais de Vacinação (DGS, 2016) e de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013), promovendo a adoção de legislação que confere à criança o estatuto de cidadão de plenos direitos, com direito à sobrevivência, ao desenvolvimento, à proteção e à participação (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018; Larcher, 2015; Unicef, 2004).

Hoje reconhece-se que a criança atravessa um processo contínuo de crescimento e desenvolvimento desde o nascimento, compreendendo o crescimento a alteração do corpo da criança quer a nível interno quer externo, e o desenvolvimento os processos de adaptação utilizados ao longo da vida, ocorrendo de forma ordenada e previsível em etapas temporais definidas, havendo contudo uma enorme variabilidade entre crianças quanto ao ritmo de desenvolvimento individual de cada uma (Ward & Hisley, 2011). Para melhor compreender e intervir na criança em crescimento e desenvolvimento foram surgindo teorias envolvendo diversos domínios do desenvolvimento como o físico, psicossocial (emocional, psicológico e social), cognitivo (linguagem e inteligência), moral, espiritual e familiar (Ward & Hisley, 2011).

Estes avanços científicos na compreensão da criança e dos seus processos evolutivos conduziram a uma mudança de paradigma na abordagem à criança a nível dos cuidados de saúde, o que se refletiu na enfermagem com o aparecimento de modelos de cuidados como a parceria de cuidados e os cuidados centrados na família, hoje pilares da prática de enfermagem pediátrica (Alsop-Shields & Mohay, 2001; Jolley & Shields, 2009; Power & Franck, 2008).

1.2 A enfermagem e o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica

1.2.1 Especialistas das pequenas coisas

Embora seja a área deste relatório a enfermagem pediátrica e em particular a intervenção do EEESIP, enquadra-se primeiramente a disciplina de enfermagem seguindo posteriormente para as particularidades da intervenção em ambiente pediátrico e especializada.

O conhecimento em enfermagem como o concebemos hoje é fruto de um processo longo de desenvolvimento, baseado em princípios e tradições transmitidas através da aprendizagem com a prática e da sabedoria do senso comum até aos anos 50, e

afirmando-se como ciência após o desenvolvimento da investigação e de teorias explicativas nos anos 70 (Lopes, 1999; Tomey & Alligood, 2004).

Carper (1999) identificou quatro padrões de conhecimento em enfermagem: o empírico, constituído pelo corpo de conhecimentos teóricos específicos da enfermagem, isto é, a enfermagem enquanto ciência; o estético, constituído pela percepção de padrões comportamentais e a sua integração numa intervenção criativa na resposta às necessidades em situações particulares, isto é, a enfermagem enquanto arte; o pessoal, enquanto processo de constante desenvolvimento e atualização pessoal e estabelecimento de uma relação interpessoal de transações recíprocas, isto é, a enfermagem enquanto relação terapêutica; o ético, envolvendo o juízo do que é bom, do que é desejável e do que é certo, enquadrado em princípios éticos e deontológicos, conduzindo a um juízo moral e tomada de decisão na situação concreta específica, isto é, a enfermagem enquanto imperativo moral.

Enquanto ciência a enfermagem atravessou diversas fases evolutivas que moldaram a forma como eram observados e estudados os fenómenos que tomava como foco, reconhecendo-se habitualmente 3 paradigmas; individual-determinístico (fenómenos isolados, mensuráveis; mudança como resultado de ligações lineares a condições antecedentes), interativo-integrativo (fenómenos multidimensionais e interrelacionados num contexto específico; mudança como resultado de relações recíprocas e probabilísticas de antecedentes multifatoriais) e unitário-transformativo (fenómenos unitários, auto-organizados, padronizados e em interação global; mudança é unidirecional, imprevisível, alternando entre organização e desorganização mas tendente a estádios mais organizados) (Lopes, 1999; Newman, Sime, & Corcoran-Perry, 1999; Newman, Smith, Pharris, & Jones, 2008).

Para ser considerada uma disciplina pressupõe-se a existência de um domínio especializado do conhecimento, específico e homogéneo, com o seu próprio objeto de estudo, a sua metodologia e as suas leis (Alarcão & Rua, 2005). Através da investigação e desenvolvimento teórico a enfermagem assumiu-se como disciplina ao deter um corpo próprio de conhecimentos que estruturam uma prática profissional específica que reflete uma forma característica de pensar acerca dos fenómenos que tem como foco (Carper, 1999; Tomey & Alligood, 2004). Deste desenvolvimento teórico decorreram quatro conceitos fundamentais da enfermagem enquanto

disciplina definidos por Fawcett (1984) como: a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem, caracterizando assim o metaparadigma de enfermagem (Lopes, 1999).

Em Portugal ocorreu um processo semelhante de desenvolvimento da profissão de enfermagem culminando na aprovação do regime legal da carreira de enfermagem e a regulação da profissão através da publicação do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem [REPE] em 1996 e da criação da OE em 1998 enquanto entidade reguladora da profissão de enfermagem (Serrano, Costa, & Costa, 2011). No REPE define-se enfermagem como

a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 99)

adotando a OE o metaparadigma de enfermagem enquanto enquadramento conceptual para a prática de cuidados de enfermagem e os padrões de qualidade a que devem estar obrigados (OE, 2012).

Face ao exposto, a enfermagem afirma-se como uma disciplina de direito próprio, com um corpo próprio de conhecimento que enforma uma prática profissional numa área específica de intervenção, com 4 padrões de conhecimento na disciplina (empírico, estético, pessoal e ético) e que evoluiu ao longo do tempo segundo 3 paradigmas reconhecendo-se estar atualmente a definir-se à luz do unitário-transformativo, e tendo um metaparadigma definido em 4 conceitos: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, que clarifica o foco dos cuidados de enfermagem.

Clarificada a enfermagem enquanto disciplina interessa clarificar igualmente os cuidados de enfermagem, em particular o cuidar em enfermagem, que tem sido identificado como a essência e domínio unificador da enfermagem (Cohen, 1991).

Bailey (2009) realizou uma revisão teórica do cuidar encontrando diversas teorias de enfermagem que caracterizam o cuidar como: processo de apoio ao crescimento e desenvolvimento da pessoa na sua totalidade (Mayeroff), relação bidirecional transpessoal com o propósito de preservar a dignidade e a humanidade (Watson), intervenção interativa e interpessoal (Swanson), intervenção holística e culturalmente congruente (Leininger) ou processo mútuo de comunicação interpessoal (Knowlden). Acrescenta Hesbeen (2001) que cuidar é uma procura de sentido face à complexidade

da vida do outro e as ações implementadas numa situação particular com a intenção de ajudar ou acompanhar a pessoa na promoção da sua saúde.

Newman et al. (1999) referem que para a enfermagem saúde significa a experiência humana de saúde, e propõem como definição da enfermagem “o estudo do cuidar na experiência humana de saúde” (p. 21). Ainda para estas autoras, e à luz do paradigma unitário-transformativo, cuidar é um processo de mutualidade e de descobrimento criativo que potencia a relação transformadora entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, reconhecendo a pessoa como ser único, complexo e holístico que se manifesta por padrões (Newman et al., 1999, 2008).

Decorre então que cuidar é um processo interventivo, mutuamente recíproco entre enfermeiro e pessoa, intencional e transformador, reconhecendo a unicidade e complexidade dos padrões holísticos através dos quais a pessoa manifesta a sua experiência humana de saúde. A implementação deste processo, o cuidar em enfermagem, ocorre através dos cuidados de enfermagem definidos no REPE como “as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (OE, 2015a, p. 99).

Ainda neste documento, caracterizam-se os cuidados de enfermagem como tendo por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente (indivíduo, família, grupo, comunidade), estabelecerem uma relação de ajuda, utilizarem metodologia científica (identificação de problemas de saúde, apreciação dos dados, formulação de diagnóstico de enfermagem, elaboração de plano de prestação de cuidados, execução dos cuidados e avaliação e reformulação das intervenções) e ajustarem-se ao grau de dependência do utente (substituição, ajuda, orientação/supervisão, encaminhamento) (OE, 2015a).

O enfermeiro é assim um profissional que aplica uma metodologia científica na intervenção relacional mútua e de ajuda com a pessoa que cuida, assente em conhecimentos empíricos, estéticos, pessoais e humanos, ajustando a intervenção consoante os diagnósticos levantados, reconhecendo a complexidade dos padrões da experiência humana da saúde, os seus significados e sentido de realização pessoal da pessoa cuidada. Hesbeen (2001) refere que além dos saberes de vária natureza e da intervenção técnica da enfermagem, esta abrange uma imensidão de “pequenas coisas” que fazem parte da vida de todos, sendo os enfermeiros os prestadores de

cuidados que além da função de peritos e conselheiros mantêm-se “especialistas das pequenas coisas”, uma vez que são “essas *pequenas coisas* que contribuem para dar sentido à vida, para alimentar a esperança.” (p. 35).

Clarificado que está o conceito de enfermagem enquanto disciplina e profissão, identificados os focos de intervenção e como o cuidar em enfermagem é implementado, interessa analisar de que forma é que esses conceitos se aplicam à enfermagem pediátrica e de que forma é enquadrada a intervenção do EEESIP.

1.2.2 Especialista da resposta global ao “mundo” da criança

Como referido anteriormente nem sempre a criança foi entendida, compreendida e abordada da forma que é hoje em dia, como uma pessoa de pleno direito, com características e necessidades específicas e que os pais e família são essenciais para o seu bem-estar, sendo o principal objetivo da enfermagem pediátrica a melhoria da qualidade dos cuidados à criança e família (Hockenberry & Barrera, 2018).

Na década de 50 os pais eram considerados fatores de *stress* para os filhos e um risco de infeção cruzada não permitindo o seu acompanhamento ou participação nos cuidados prestados, tendo os trabalhos de Spitz sobre o impacto da hospitalização na criança, Bowlby sobre o processo de vinculação e separação entre a criança e a sua mãe e Robertson sobre o impacto da separação parental, produzido profundas alterações nas práticas de cuidados de enfermagem associadas a filosofias como a parceria nos cuidados e os cuidados centrados na família (Alsop-Shields & Mohay, 2001; Jolley & Shields, 2009).

A filosofia de parceria nos cuidados, desenvolvida pela enfermeira Anne Casey, assenta em dois princípios fundamentais: os cuidados de enfermagem podem ser prestados pela criança ou pais com apoio e treino do enfermeiro, e que na ausência dos pais esses cuidados podem ser prestados pelo enfermeiro (Jolley & Shields, 2009). Tem como pressuposto que o alvo dos cuidados de enfermagem é a criança e que estes devem ser centrados nas suas necessidades, reconhecendo os pais e família como os melhores prestadores de cuidados à criança pela sua experiência na identificação de padrões (Mano, 2002; Mendes & Martins, 2012).

Caracteriza-se por ser um processo dinâmico, em que há partilha de poder e de conhecimentos, definição de objetivos comuns centrados na pessoa, com participação ativa da criança, pais e enfermeiros na relação (Mendes & Martins, 2012) sendo

fundamental para o seu sucesso a partilha de informação, a negociação e uma comunicação efetiva (Jolley & Shields, 2009). Ocorre um envolvimento parental na prática dos cuidados à criança proporcionando um ambiente terapêutico ao seu desenvolvimento, centrado nas suas necessidades, mantendo o papel parental dos pais e assumindo a prestação de cuidados diários da criança, cabendo ao enfermeiro informar, explicar, orientar e encaminhar os pais na provisão desses cuidados centrados na criança (Jolley & Shields, 2009; Mano, 2002; Mendes & Martins, 2012).

A propósito da participação parental, Power e Franck (2008) realizaram uma revisão sistemática da literatura identificando que os pais habitualmente querem e esperam participar nos cuidados à sua criança em particular nos cuidados que prestam habitualmente em casa, identificando também a participação parental como podendo ser uma fonte adicional de *stress* parental, devendo ser avaliado o nível de participação desejado e criar oportunidades de descanso ao cuidador (*respite*).

Outra filosofia de cuidados pediátricos são os CCF definidos como uma abordagem no planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde que é baseada em parcerias mutuamente benéficas entre utentes, famílias e profissionais de saúde, e que se estabelecem a nível clínico, de programas de saúde e de políticas por forma a garantir a qualidade e segurança dos cuidados de saúde (IPFCC, 2017).

Assenta em quatro princípios fundamentais: dignidade e respeito pelos valores, crenças e cultura da pessoa e família; partilha de informação de forma precisa, completa e atempada para a tomada de decisão; participação, envolvendo e encorajando a pessoa e família a participar nos cuidados e na tomada de decisão; e colaboração, reconhecendo a importância das perspetivas e colaboração da pessoa e família no desenvolvimento e avaliação de espaços físicos, programas, treino e prestação de cuidados (IPFCC, 2017).

Numa perspetiva pediátrica os CCF são uma forma de cuidar das crianças e famílias nos serviços de saúde em que se garante que os cuidados são planeados em função da família como um todo e não apenas da criança, reconhecendo a criança e família como alvos dos cuidados (Jolley & Shields, 2009), e a família como constante na vida da criança, devendo os sistemas e profissionais de saúde apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e competência da família através de parcerias (Hockenberry & Barrera, 2018).

À “luz” desta filosofia cabe ao enfermeiro reconhecer a diversidade de estruturas e composições familiares, identificar as necessidades de todos os membros da família em relação ao apoio e informação, apoiando a tomada de decisão da criança e família com base nas suas competências em gerir os processos de saúde e doença (Hockenberry & Barrera, 2018). Estes autores identificam duas formas principais através das quais se processa a intervenção de enfermagem: a capacitação, pela criação de oportunidades e meios para todos os membros da família identificarem as competências atuais e desenvolverem novas para a prestação adequada de cuidados à criança; o *empoderamento*, interação entre profissionais e família em que se adquire um sentido de controlo sobre a vida e reconhecem as mudanças positivas decorrentes de um comportamento promotor de saúde (Hockenberry & Barrera, 2018).

De forma resumida pode-se reconhecer a evolução dos cuidados pediátricos enquadrados nos paradigmas atrás referenciados, de centrados e exclusivos à criança (paradigma determinístico), para considerarem como alvo a díade criança e mãe pelo processo especial de vinculação e impacto da separação. Posteriormente a considerarem os pais/família enquanto sistema familiar com um papel preponderante sobre o pleno desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e afetivo da criança, servindo de mediador entre a criança e o ambiente em que ela se insere (Mano, 2002; Mendes & Martins, 2012) mas ainda com um foco principal na criança (Power & Franck, 2008) (paradigma integrativo), e mais recentemente a criança e a sua família ambos alvo de cuidados, considerando a sua complexidade individual e do ambiente em que vivem, interagem e desenvolvem, reconhecendo a importância da família na organização planeamento e implementação dos cuidados à criança e família (Jolley & Shields, 2009; Shields et al., 2012) (paradigma transformativo).

Outra filosofia na qual assenta a prestação de cuidados de enfermagem pediátrica é a de CNT que Hockenberry & Barrera (2018) definem como fornecimento de “cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares” (p.11). Assenta em 3 princípios: prevenir ou minimizar a separação da criança e família (promoção do acompanhamento); promover uma sensação de controlo (preparação da criança/jovem e família antes de procedimentos, oportunidade de escolha, privacidade, sensibilidade cultural); prevenir ou minimizar a

lesão corporal e a dor (analgesia, atividades de expressão do medo, técnicas não farmacológicas de alívio da dor) (Hockenberry & Barrera, 2018).

Esta filosofia, como se constata facilmente pela descrição da sua operacionalização, encontra paralelismo com a filosofia dos CCF e no reconhecimento do trauma a que as crianças e os jovens são sujeitos nos seus contactos com os cuidados de saúde. A referir em particular a utilização de técnicas não farmacológicas, uma intervenção independente do enfermeiro que, se usada de forma eficaz e eficiente poderá relevar a importância e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

As intervenções não farmacológicas têm um efeito modulador do significado da dor, permitindo uma reestruturação direccionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor, alterando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão, devendo ser escolhidas após avaliação dos recursos existentes, da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências e habilidades, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de *coping*, do tipo de dor, do contexto e das suas características (OE, 2013).

Um exemplo específico da aplicação da filosofia dos CNT e assente também em princípios de neurobiologia são os cuidados neuroprotetores aplicados nas unidades de neonatologia, reconhecendo que os procedimentos e intervenções realizados acarretam um potencial traumático com efeitos negativos, e por vezes permanentes no desenvolvimento da criança, sendo uma necessidade e indicador de qualidade a aplicação desta filosofia (Coughlin, 2017; Montiroso, Tronick, & Borgatti, 2017).

Caracterizadas as filosofias subjacentes à prática dos cuidados de enfermagem em pediatria interessa compreender melhor qual a intervenção esperada do EEESIP e de que forma esta se liga aos conceitos até agora apresentados.

Define a OE o EE como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019b, p. 4744), sendo relevante identificar a aplicação dos conceitos metaparadigmáticos de enfermagem à área de da saúde infantil e pediátrica, definidos pela OE da seguinte forma (OE, 2015c):

Saúde: estado subjetivo e processo dinâmico e contínuo de adaptação às transições normativas e/ou acidentais do crescimento e desenvolvimento, com necessidades específicas nas diferentes etapas de desenvolvimento devendo otimizar-se o estado

de bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual, que estando presente permite à criança e ao jovem conseguir alcançar todo o seu potencial não a dissociando dos pais/família;

Pessoa: binómio criança ou jovem e a família, sendo a criança toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, exceto em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, e/ou até uma transição apropriada para a vida adulta. A família compreende o conjunto de indivíduos responsáveis pela prestação de cuidados à criança/jovem, que influenciam o seu crescimento e desenvolvimento, não excluindo a importância de outras pessoas significativas/prestador informal de cuidados, e/ou contextos na vida da criança e do jovem;

Ambiente: contexto no qual a criança/jovem vive e se desenvolve e que o estimula a partir de elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e/ou organizacionais, devendo ser promotores de saúde, do desenvolvimento emocional, da sua independência e respetivo desenvolvimento;

Enfermagem: exercício profissional baseado na filosofia de cuidados centrados na família, em qualquer contexto, através duma comunicação efetiva, e intervindo ao nível dos seguintes domínios de atuação: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação dos cuidados.

Do enquadramento legal do âmbito de intervenção do EEESIP identifica-se como filosofia subjacente os CCF, que a criança e a família são alvo de intervenção e que a parceria de cuidados deve ser a forma predominante de relação na prestação de cuidados, caracterizando-se por uma articulação em equidade, dinâmica e flexível, entre a criança, jovem, família e a equipa de enfermagem podendo intervir outros membros da família, com a finalidade de promover as competências da criança e jovem, a maximização e potenciação da saúde, a promoção do crescimento e desenvolvimento, a promoção da vinculação, a promoção da autoestima e autodeterminação do jovem (OE, 2018).

A OE definiu áreas de intervenção particular do EEESIP como a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem; a orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida como os comportamentos

de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua responsabilização pelas escolhas relativas à saúde (OE, 2018).

Para além destas, é igualmente da sua área de intervenção a resposta na complexidade em áreas diversas, detendo conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, para avaliar a família e responder às suas necessidades nomeadamente na adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (OE, 2018).

Destas áreas de intervenção decorrem as 3 competências específicas do EEESIP definidas pela OE no Regulamento nº 422/2018 (OE, 2018):

- Assiste a criança e o jovem com a família na maximização da sua saúde;
- Cuida da criança e do jovem e família nas situações de especial complexidade;
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

O exercício destas competências deve fundamentar-se numa relação de partilha de conhecimento e comunicação efetiva, que capacite e fomente o *empoderamento* da criança e família para a aquisição de competências na gestão proficiente dos cuidados necessários e para desenvolver a autonomia e capacidade de tomada de decisão (OE, 2015c). O desempenho de qualidade do EEESIP irá assim traduzir-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança (OE, 2018).

Na procura de desenvolver as minhas competências enquanto EEESIP, embarquei neste processo formativo de aquisição de conhecimentos e de solidificação dos já detidos, no sentido de providenciar respostas mais adequadas à criança e família nos contextos em que exerço e futuramente como EE.

Para além deste desenvolvimento enveredei pela vertente de mestrado, implicando o estudo de uma área concreta do conhecimento que no meu caso foi sendo definida no decorrer da minha prática quotidiana: qual a intervenção de enfermagem às crianças com síndrome de abstinência iatrogénica e família, em particular o papel que o EEESIP pode desempenhar, clarificando-se em seguida esta síndrome e sua repercussão nas crianças e famílias.

1.3 Hospitalização e Síndrome de Abstinência Iatrogénica

Face ao surgimento de uma doença ou alteração do desenvolvimento e crescimento da criança e do jovem pode ser necessário o recurso a avaliações, tratamentos ou técnicas que tenham de ser realizadas em ambiente hospitalar. A incerteza relativamente ao tipo de doença, gravidade e consequências é já motivo suficiente para esta hospitalização ser um fator desencadeante de uma crise emocional de toda a família, tendo adicionalmente a criança que se adaptar às restrições inerentes à hospitalização como a dieta, a imobilização, ambiente e pessoas desconhecidos, máquinas e procedimentos dos quais os pais parecem não a defender (Jorge, 2004).

Como referido atrás, os trabalhos de Spitz, Bowlby e Robertson entre outros, em particular sobre os efeitos da separação parental, levaram a uma alteração profunda nas práticas de cuidados de enfermagem ao relevarem a importância do impacto do ambiente hospitalar e das práticas correntes no desenvolvimento da criança hospitalizada (Alsop-Shields & Mohay, 2001; Barros, 2003). À separação parental juntava-se a interrupção das atividades quotidianas da criança e família, a insuficiente estimulação cognitiva e social e a administração de tratamentos prolongados e aversivos, o que criava um ambiente hostil, com breves visitas parentais, na altura vistas como problemáticas e pouco encorajadas (Barros, 2003).

Os principais fatores de *stress* da criança e jovem associados à hospitalização são a separação, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor (Hockenberry et al., 2018) apresentando a criança um conjunto reduzido de estratégias de *coping* para lidar com estes medos, necessitando de suporte externo de familiares, amigos e técnicos de saúde por forma a conseguir ultrapassá-los (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016) sendo comuns manifestações de regressões, atraso no ritmo de desenvolvimento, perturbação do sono e da alimentação, dependência, agressividade, apatia entre outros (Carvalho & Begnis, 2006).

O reconhecimento de que a separação parental era o elemento mais determinante dos níveis de ansiedade elevados da criança hospitalizada nos primeiros anos de vida conduziu ao incentivo da presença de um familiar, o que segundo Barros (2003) foi “a medida isolada que mais contribuiu para mudar o panorama das sequelas psicológicas da hospitalização pediátrica.” (pp. 98-99).

Igualmente referido atrás, este acompanhamento é hoje uma realidade nos cuidados de saúde, consagrado em Portugal na Lei 106/2009, sendo também definido um conjunto de medidas para adaptar os cuidados de saúde prestados às crianças à sua condição de vulnerabilidade na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2009) em particular o recurso à hospitalização apenas quando o tratamento não puder ser realizado noutro contexto, o ambiente hospitalar que corresponda às necessidades psicológicas e emocionais da criança, uma equipa de saúde formada para a resposta às necessidades da criança e família e o respeito pela intimidade da criança. Contudo, a hospitalização duma criança acarreta frequentemente alterações parentais, para além das já referidas atrás para as crianças, como a alteração do papel parental, indefinição do que pode ou não fazer, expectativas pessoais, constituindo um fardo emocional adicional para os pais (OE, 2015b).

Jorge (2004) identifica 3 fases progressivas no processo de hospitalização: Crise – durante o período sintomático, exigindo aprendizagens na vivência com a dor, a incapacidade, os sintomas, o ambiente hospitalar, os tratamentos e procedimentos; Crónica – entre o diagnóstico e a cura ou morte, exigindo uma adaptação ou reorganização através do desenvolvimento de mecanismos de *coping* e capacidade de viver com a doença, aceitar mudanças e manter um sentido de continuidade; Terminal – durante o estágio pré-terminal, e inclui os efeitos da separação, morte, dor, resolução da morte e retorno à vida normal.

Cabe ao enfermeiro intervir no sentido de permitir aos pais este acompanhamento e capacitá-los na gestão das suas emoções, na organização familiar face à hospitalização da sua criança ou jovem, na aprendizagem de habilidades para a gestão da situação da criança e do seu regime terapêutico, facilitando o exercício eficaz da sua parentalidade (OE, 2015b).

Em particular, o EEESIP deverá intervir de forma adaptada à complexidade da situação, procurando gerir o bem-estar da criança e família, capacitando-os para a maximização da sua saúde, e utilizando estratégias de comunicação ajustadas à compreensão e estágio de desenvolvimento da criança (OE, 2018), nomeadamente através do brincar e do brinquedo, atividade que pode ser utilizada pela criança como estratégia de capacitação para enfrentar o ambiente hospitalar em que está inserido (Curado, Neto, & Van der Kooij, 2003) e facilitadora na preparação da criança para procedimentos (Curado et al., 2016).

No caso de doença grave ou de agravamento súbito a hospitalização ocorre de urgência, por necessidade de intervenção rápida ou monitorização mais frequente e rigorosa, recorrendo-se a serviços especializados como a Unidade de Cuidados Intensivos [UCI], aumentando a ansiedade quer da criança quer da família e exigindo um acompanhamento diferenciado por parte do enfermeiro. Barros aponta que

não sendo possível uma preparação antecipada, é ainda mais necessário que algum profissional encontre o tempo e a disponibilidade para preparar (embora a posteriori) os pais e a criança (nos casos em que esta está em condições para tal), explicitando as regras e condições de serviço, e sobretudo os procedimentos médicos a que a criança se tem de sujeitar. (Barros, 2003, p. 98)

podendo ser crucial o papel do EEESIP na gestão das necessidades identificadas.

1.3.1 Cuidados à criança em estado crítico e sua família

A criança em estado crítico é um evento marcante quer para a criança quer para os seus pais, cuidadores e família podendo causar trauma físico e psicológico (Curtis, Foster, Mitchell, & Van, 2016). O tratamento da criança e do jovem em estado crítico é realizado em UCI, descrevendo-a Clarke (2012) como um serviço para crianças e jovens com doenças potencialmente recuperáveis, beneficiando de observação mais regular e tratamentos mais avançados, que ocorrem num ambiente físico dominado por tecnologia avançada importante na monitorização e intervenção.

É importante reconhecer que a experiência de admissão numa UCI será para a criança, jovem e sua família uma das experiências mais stressantes das suas vidas (Crawford & McNee, 2012; Ista, 2008), de uma enorme vulnerabilidade para todos requerendo suporte emocional e de orientação em questões práticas (Crawford & McNee, 2012) em especial nas admissões urgentes sem preparação prévia, e o choque inicial com a doença da criança (Barros, 2003; Crawford & McNee, 2012) a incerteza diagnóstica e da evolução clínica (Barros, 2003; Colville et al., 2009).

Crawford & McNee (2012) identificam como fatores importantes para a família durante a estadia da criança em UCI vê-la pela primeira vez, a suspensão dos papéis parentais e da responsabilidade pelas rotinas diárias, as alterações de humor e emocionais, a incerteza e o impacto nos irmãos. Berube, Fothergill-Bourbonnais, Thomas, & Moreau (2014), Colville et al. (2009) e Curtis et al. (2016) apontam como fatores de *stress* a aparência da criança, os procedimentos, a comunicação, e a ansiedade pré admissão e pré alta, acrescentando Berube et al. (2014) o ambiente enquanto fator de *stress*,

argumentando contudo Colville et al. (2009) que para os pais o impacto da alteração dos papéis parentais é superior ao ambiente tecnológico envolvente, sendo mais premente a proximidade à criança e a informação regular.

As mudanças dos serviços pediátricos para serviços especializados e a adoção da filosofia dos CCF criaram ambientes mais propícios à continuidade do desenvolvimento infantil e facilitando a recuperação, preocupados em minimizar as situações traumáticas seguindo a filosofia dos CNT, utilizando mais frequentemente estratégias não farmacológicas como o brincar e fármacos analgésicos e sedativos, de modo a minorar as experiências dolorosas, de sofrimento e *stress* associados ao ambiente da UCI e procedimentos (Barros, 2003; Curtis et al., 2016; Ista, 2008).

Contudo, a implementação dos CCF em UCI não tem sido linear e a evolução ao longo do tempo não tem sido significativa (Butler, Copnell, & Willetts, 2014) identificando-se como barreiras a constante atualização tecnológica e seu domínio, o aumento da gravidade das crianças admitidas, aumento das necessidades parentais e recursos de enfermagem insuficientes (Butler et al., 2014).

Face ao exposto, revela-se primordial a intervenção especializada no contexto de UCI dado o conjunto simultâneo de alterações ocorridas quer no neonato, na criança ou jovem, quer nos seus pais ou cuidadores e na família no seu todo, configurando situações de elevada complexidade (Craig et al., 2008; Queluci & Figueiredo, 2010) cujas necessidades são alvo das intervenções do EEESIP.

Estas intervenções procuram obter como resultados: a satisfação da criança e do jovem através da minimização do impacto dos fatores stressores relacionados com a experiência da hospitalização e a utilização de técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis, a prevenção de complicações mobilizando conhecimentos e habilidades de identificação rápida de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória sejam eles fisiológicos ou psicológicos, em particular a dor a ansiedade e o sofrimento, a promoção do bem-estar fornecendo informação adequada à idade e desenvolvimento, e de índole antecipatória aos pais promovendo o desenvolvimento de competências parentais na gestão do processo de saúde/doença, e fomentar uma relação de parceria e negociação tendo os pais como peça fundamental nos cuidados à criança e ao jovem.

Retornando a Barros (2003) a necessidade de um profissional que tenha tempo e disponibilidade para preparar os pais e a criança é fundamental para um cuidado de qualidade à criança, ao jovem e família sujeitos a uma hospitalização, cabendo assim ao EEESIP ser pivô neste papel, intervindo no sentido da humanização da hospitalização, para o que contribuiria o método de prestação de enfermeiro de referência (Costa, 2016) recomendado pela OE (OE, 2015c).

A intervenção e competência do EEESIP e mais relacionada com a temática deste relatório é a “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem otimizando as respostas” (OE, 2018, p. 19193) com recurso ao uso e gestão de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, que configuram igualmente um dos itens dos padrões de qualidade do exercício profissional do EEESIP (OE, 2015c).

A dor e o sofrimento são fatores que influenciam negativamente a recuperação da criança (Ista, 2008), justificando-se a utilização de fármacos analgésicos e sedativos em UCI pela frequente realização de diversos procedimentos e intervenções, de manipulações da criança e do ambiente ruidoso (Harris et al., 2016; Ista, 2008), procurando prevenir desta forma o *stress* e o trauma causado pela exposição da criança a este ambiente e procedimentos (Crawford & Dixon, 2012). Um desses procedimentos é a ventilação mecânica (VM) prática cada vez mais comum em UCI com 30 a 64% das crianças sujeitas a esta técnica (Dorfman, Sumamo Schellenberg, Rempel, Scott, & Hartling, 2014; Farias et al., 2004).

Contudo, a VM pode ser desconfortável para a criança (Best, 2015; Guttormson, Chlan, Weinert, & Savik, 2010) utilizando-se uma mistura de fármacos opióides e benzodiazepinas (Franck et al., 2012; Grap et al., 2006) por forma a garantir o sincronismo, o conforto, a diminuição da resposta de *stress* e o risco de mortalidade e morbilidade (Franck, Naughton, & Winter, 2004) e simultaneamente a segurança, a amnésia, e prevenção da ansiedade e agitação (Guttormson et al., 2010).

Devido a uma diferente farmacodinâmica na criança comparativamente ao adulto (Bennett, 2003), a obtenção dum estado ótimo de conforto é muito variável, sendo as doses de analgésico e sedativos utilizadas variáveis caso a caso (Ista, 2008). A determinação do estado de conforto e da necessidade de ajustamento dos fármacos cabe muitas vezes aos profissionais (Dorfman et al., 2014; Harris et al., 2016; Ista, 2008) em especial nas crianças pré-verbais ou sujeitas a sedação que não são

capazes de se autoavaliar (Dorfman et al., 2014; Harris et al., 2016). Sendo especialmente preponderante a intervenção do enfermeiro na determinação do estado de conforto da criança e ajustamentos necessários (Neunhoeffter et al., 2015).

A avaliação e medição da dor e do estado de sedação são difíceis devido à subjetividade inerente à avaliação dos avaliadores, nomeadamente as suas crenças e atitudes face à dor e ao desconforto/*stress*, aumentando a variabilidade das observações face à mesma apresentação clínica da criança, sendo assim preponderante a utilização de escalas validadas que permitam normalizar a avaliação entre profissionais e auxiliar a tomada de decisão sobre a resposta mais adequada às necessidades da criança a nível de dor e sedação (Crawford & Dixon, 2012).

Para melhorar a intervenção foram elaboradas diretrizes internacionais relativamente à sedação e analgesia em pediatria (Best, Asaro, Franck, Wypij, & Curley, 2016; Blackwood & Tume, 2015) por forma a normalizar a observação e avaliação do estado de conforto, procurando diminuir o carácter subjetivo das avaliações e assim reduzir a variabilidade de resultados e intervenções (Blackwood & Tume, 2015; Dorfman et al., 2014; Harris et al., 2016; Ista, 2008). Em Portugal a Direcção-Geral da Saúde (2010) emitiu orientações em relação à avaliação da dor, tendo a OE adicionado diretrizes em relação às estratégias não farmacológicas a utilizar em crianças. No entanto, não há recomendações ou orientações específicas para UCIP.

Vet et al. (2013) referem níveis de sedação ótima em 60% dos casos e de sobre-sedação de 30%, estando estes últimos relacionados com o risco de ocorrência de eventos adversos (Curley et al., 2015; Grant, Balas, & Curley, 2013; Harris et al., 2016) envolvendo instabilidade hemodinâmica, prolongamento do internamento e da ventilação mecânica e desenvolvimento de delírio ou da síndrome de abstinência iatrogénica [SAI] (Curley et al., 2015; Grant et al., 2013; Harris et al., 2016).

1.3.2 O cuidado à criança com Síndrome de Abstinência Iatrogénica

A SAI é um conjunto de manifestações (sinais e sintomas) que ocorre após a suspensão ou reversão de um fármaco a que se foi previamente exposto e do qual se ficou fisicamente dependente, sendo esta dependência um mecanismo de adaptação bioquímica e fisiológica à exposição a um fármaco (Anand et al., 2010). As manifestações são específicas ao fármaco de que se é dependente (Galinkin & Koh,

2014), podendo no entanto ser semelhantes entre fármacos (Amigoni et al., 2014; Bennett, 2003; Franck et al., 2012; Ista, 2008).

As manifestações podem ser divididas em três grupos (Amigoni et al., 2014; Ista, van Dijk, Gamel, Tibboel, & de Hoog, 2008): irritação do sistema nervoso central, disfunção gastrointestinal e disfunção do sistema nervoso autónomo (Tabela 1), sendo observados com maior frequência a insónia, a febre, os vômitos, a diarreia, a sudorese e a midríase (Fisher, 2012; Franck et al., 2004; Ista et al., 2008) estando a disfunção gastrointestinal associada apenas à dependência a opióides .

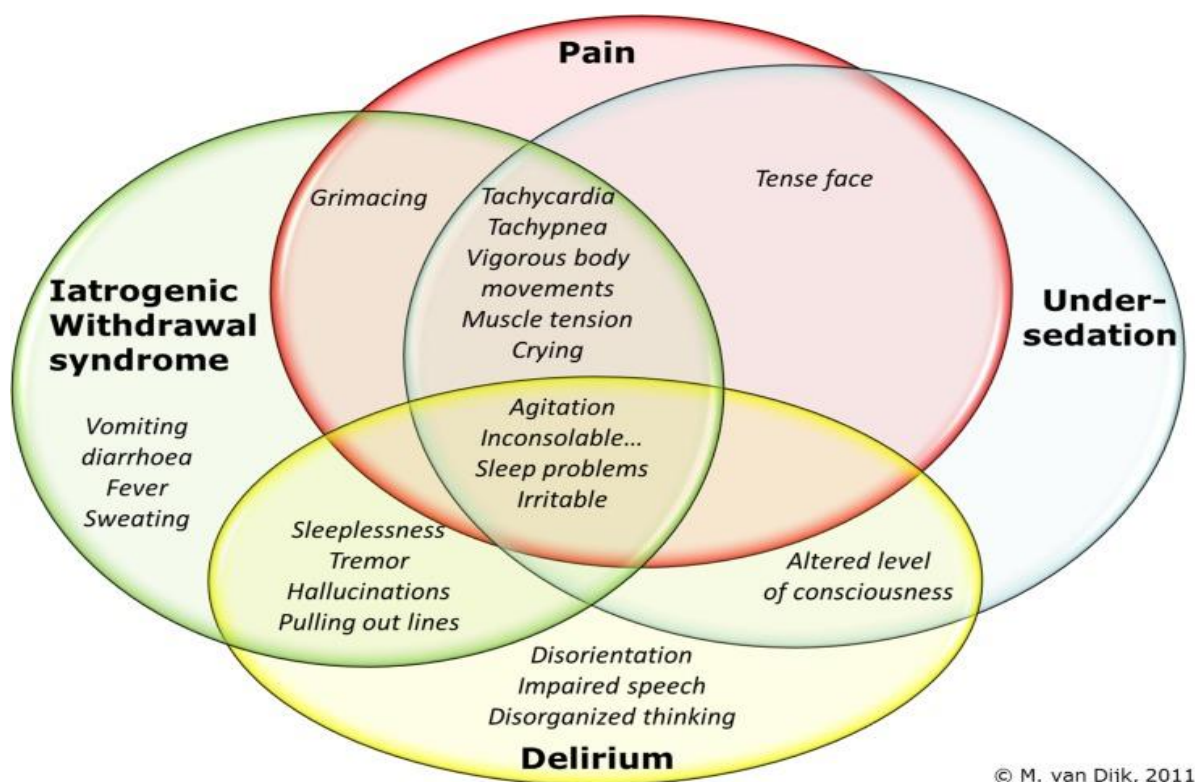
Tabela 1. Divisão das manifestações da SAI por sistema afetado

Irritabilidade do Sistema Nervoso Central	Disfunção Gastrointestinal	Disfunção do Sistema Nervoso Autónomo
<ul style="list-style-type: none"> • Agitação • Ansiedade • Distúrbios motores (espasmos) • Tremores • Choro inconsolável • Choro “gritado” • Esgar • Alterações do sono • Convulsões • Midríase • Alucinações 	<ul style="list-style-type: none"> • Vômitos • Diarreia • Resíduos gástricos elevados • Falta de apetite/”enfartamento” 	<ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia • Taquipneia • Hipertensão • Febre • Suores • Espirros • “Bocejar” • Pele Marmoreada

Fonte: Ista et al. (2008)

A SAI é um evento adverso relacionado com a sedoanalgesia, causador de desconforto quer para a criança quer para os pais, podendo ser prevenida ou minimizada, e sendo também um critério de qualidade na prestação de cuidados (Best et al., 2015; Franck et al., 2012; Harris et al., 2016). O seu diagnóstico deve ser sempre por exclusão uma vez que os sintomas não são exclusivos mas sobreponíveis a outras etiologias que não devem ser descartadas (Harris et al., 2016) (Figura 1).

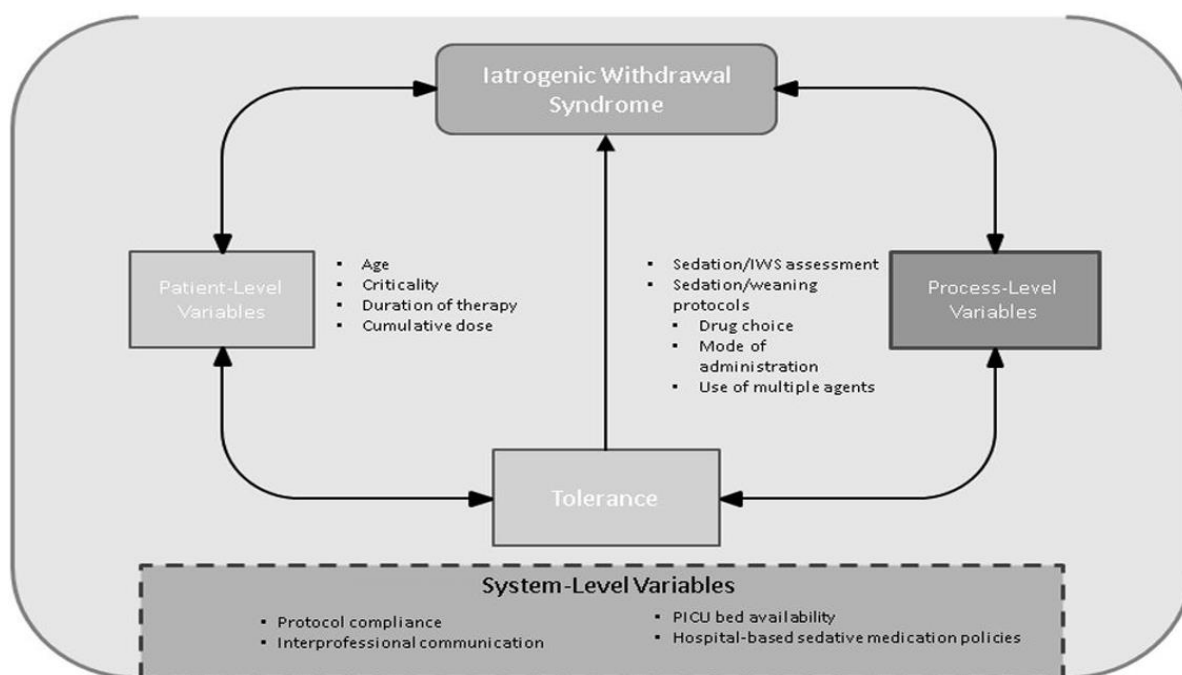
Figura 1. Diagrama de sobreposição de sintomatologia



Fonte: Harris et al. (2016, p. 974)

Best et al. (2015) realizaram um estudo identificando os fatores de risco associados ao desenvolvimento de SAI (Figura 2) determinando que os dois fatores de risco mais associados são o uso prolongado de fármacos analgésicos ou sedativos e a dose cumulativa o que é igualmente suportado por outros autores (Amigoni et al., 2014; Anand et al., 2010; Bennett, 2003; Fisher, 2012; Ista et al., 2008), e que pode ocorrer a partir do terceiro dia de administração contínua (Amigoni et al., 2014).

Figura 2. Diagrama de fatores de risco para a ocorrência de SAI



Fonte: Best et al. (2015, p.15)

A avaliação desta síndrome, pela sua subjetividade, apresenta limitações de identificação e avaliação sendo recomendada a utilização de escalas validadas (Amigoni et al., 2014; Galinkin & Koh, 2014; Harris et al., 2016). Na revisão da literatura encontrou-se a recomendação de uma entidade internacional quanto ao uso de escalas para avaliação da abstinência em crianças através da *Withdrawal Assessment Tool* (WAT-1) (ANEXO I) e da *Sophia Observation withdrawal Symptoms-scale and Delirium* (SOS-PD) (ANEXO II) (Harris et al., 2016), e através da *Finnegan Neonatal Abstinence Scoring Score* (FNASS) (ANEXO III) para neonatos com síndrome de abstinência neonatal e SAI (Harris et al., 2016; Serrano, Mendes, & Negrão, 2013).

Embora se desenvolva e possa ser identificada na UCIP, Cunliffe, McArthur e Dooley (2004) referem que a sua gestão é muitas vezes feita em enfermaria e que podem ser implementadas estratégias que minimizem este problema sendo os instrumentos de avaliação essenciais. Decorre que a utilização de instrumentos para a medição e avaliação da SAI é fundamental na sua apreciação, permitindo implementar estratégias de prevenção, eliminação ou minimização dos sintomas, promovendo o conforto da criança, jovem e família, o aumento da satisfação com os cuidados, da satisfação parental e diminuir os dias de internamento (Fisher, 2012; Ista, 2008).

Interessa assim identificar a possível intervenção do EEESIP no contexto da criança, jovem e família em risco ou com SAI, apresentando-se na Tabela 2 uma sugestão de intervenções enquadradas nas competências específicas e comuns determinadas pela OE (OE, 2018, 2019b).

Tabela 2. Intervenção especializada na SAI

Intervenção especializada na área da saúde infantil e pediátrica	Intervenção especializada de índole comum
<ul style="list-style-type: none"> • Negociação da participação da criança, do jovem e da família no processo de cuidar; • Comunicação adequada à idade, desenvolvimento e cultura; • Utilização de estratégias motivadoras; • Proporcionar conhecimento e habilidades (capacitação e empoderamento) capacitando a gestão dos processos de saúde/doença; • Identificação de evidências de mal-estar; • Mobilização de conhecimentos para uma resposta antecipatória; • Gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor e sofrimento; • Adequação do suporte familiar; • Promoção de esperança realista; • Avaliação da parentalidade; • Facilitação da comunicação de emoções. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tomada de decisão baseada em conhecimento e experiência; • Seleção de estratégias adequadas; • Desempenho de papel de consultor/assessor otimizando os recursos; • Melhoria da informação para a tomada de decisão; • Motivação da equipa para um desempenho diferenciado; • Influenciar a introdução de inovações na prática; • Favorecimento da aprendizagem e o desenvolvimento dos enfermeiros; • Demonstração de intervenção especializada na área de especialização; • Assegurar processos de formação e desenvolvimento na prática.

Prestar-se-á deste modo cuidados individualizados e humanizados, adaptados às necessidades da criança, jovem e família, promotores do conforto, mensuráveis e avaliáveis, demonstrando a qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados. A intervenção especializada do EEESIP ao nível de prevenção, avaliação e gestão da SAI torna-se assim visível para a criança, jovem e família, para a equipa de enfermagem e equipa de saúde, demonstrando uma prática diferenciada e baseada na evidência científica.

CAPÍTULO 2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DO CONFORTO AO CLIENTE PEDIÁTRICO

Neste capítulo procura-se enquadrar a promoção do conforto ao cliente pediátrico, temática aglutinadora das experiências vivenciadas nos diversos contextos de estágio onde decorreu o percurso formativo, clarificando o termo conforto e a sua ligação com a dor, o sofrimento, a ansiedade e o *stress*, a teoria de conforto de Kolcaba e intervenções promotoras do conforto.

2.1 Nem tudo o que dói é dor!

A experiência de saúde do indivíduo, em particular da criança e família é, como referido anteriormente, o foco da intervenção de enfermagem pediátrica. A procura de significados e apoio na sua determinação por parte da criança e família são intervenções de enfermagem importantes à semelhança da minimização do sofrimento quer dos processos de doença quer de procedimentos necessários à melhoria do estado de saúde. Este sofrimento está habitualmente associado às experiências de dor, contudo, como demonstrado atrás na SAI há a necessidade de considerar outras causas de sofrimento não causadoras de dor.

A dor é um fator importante nos cuidados de saúde, sendo considerada o 5º sinal vital, e define-se como “uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre...descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial” (DGS, 2003, p. 3). Mais recentemente a dor tem sido contextualizada como uma experiência individual subjetiva e multidimensional, com fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais que intervêm e contribuem para a sua subjetividade (OE, 2008). A gestão adequada da dor nos serviços de saúde é um padrão de qualidade cujo sucesso depende da sua avaliação e reavaliação sistemáticas, sendo um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consignado, entre outros, na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2009)

Em particular nas crianças reconhece-se que têm dor, têm memória da dor, que a dor não tratada tem consequências a longo prazo, e que as experiências precoces e repetidas no período neonatal parecem exercer influência sobre as experiências posteriores de dor, quer no que respeita à sensibilidade dolorosa, quer no que respeita à forma de lidar com o *stress* (DGS, 2010), associando-se também em idades mais

avanzadas a dor relacionada a procedimentos com uma maior probabilidade de ocorrência de alterações comportamentais e somáticas em procedimentos futuros (DGS, 2010, 2012; Gates et al., 2018)

No sentido de prestar cuidados de qualidade a nível da gestão da dor importa referir que há diretrizes publicadas pela DGS a nível da gestão da dor (DGS, 2010) e procedimentos invasivos (DGS, 2012), e pela OE sobre a gestão da dor por enfermeiros e boa prática (OE, 2008) e gestão não farmacológica da dor (OE, 2013).

Para uma gestão eficaz da dor e ansiedade é da maior importância uma intervenção proativa e preventiva, orientada por uma avaliação sistemática da dor, utilizando estratégias farmacológicas e não-farmacológicas, valorizando a experiência de dor e mecanismos de *coping* da criança e família perante este tipo de situações (Batalha, 2013). Para Batalha (2013) as pessoas “independentemente da sua idade ou habilidade para comunicar, têm o direito a não sofrer” (p. e17) concluindo que “A dor é um resultado inaceitável na prestação de cuidados” (p. e20).

A dor e o sofrimento são preocupações de pais e enfermeiros quando a criança tem um problema de saúde, sendo o tempo de crescimento e desenvolvimento da criança uma vivência feliz e harmoniosa, sem lugar à dor ou sofrimento, fatores de instabilidade e desequilíbrio para a criança e estrutura familiar (OE, 2013). Como se caracterizar um estado em que poderá haver *stress*, sofrimento ou desconforto e não haver dor?

Procurando por um conceito em enfermagem que permitisse englobar não só a dor como a ansiedade, o sofrimento, o *stress* e o desconforto, encontramos na teoria o termo conforto, um conceito multidimensional e de significados variáveis, mas de índole positiva e de força, tendo sido complexa a sua definição e operacionalização prática, não se resumindo ao alívio da dor ou do sofrimento (Kolcaba & Kolcaba, 1991; McIlveen & Morse, 1995; Wensley, Botti, McKillop, & Merry, 2017).

É um termo associado à enfermagem com significados variados ao longo do tempo (Kolcaba & Kolcaba, 1991; Malinowski & Stamler, 2002), mencionado desde Florence Nightingale associado ao conforto na saúde e ao efeito confortante dos cuidados de enfermagem, por Orlando como um aspeto central na satisfação das necessidades humanas, por Leininger como conforto culturalmente sensível ou por Watson como variável no desenvolvimento da pessoa (Apóstolo, 2009; Kolcaba, 1994).

McIlveen e Morse (1995) descrevem 4 categorias temporais do conforto em enfermagem: 1900-1930 – foco central e imperativo moral da enfermagem; 1930-1960 – estratégia para alcançar os objetivos médicos de recuperação, sendo preterido em relação ao uso de fármacos, mas mantendo-se como imperativo moral dos cuidados de enfermagem; 1960-1980 – conforto é o objetivo dos cuidados ou uma estratégia de intervenção, considerando-se maioritariamente físico. Após 1980 – a enfermagem providencia conforto holístico, reconhecendo a importância do emocional e do físico, intervindo de forma promotora do conforto em contexto.

Para Malinowski e Stamler (2002) conforto é uma necessidade ao longo da vida desde o nascimento “*From the time of their birth, human beings yearn for comfort*” (p. 599) e deve ser um constituinte do cuidado de enfermagem e componente da qualidade dos cuidados. Oliveira e Lopes (2010) acrescentam que o conforto é um resultado desejado da relação enfermeiro-cliente, sendo o confortar uma forma de concretizar o cuidado e um processo com vista ao conforto holístico. O processo de confortar é dirigido à globalidade e unicidade da pessoa configurando um trabalho individualizado, de dinâmica proactiva e complexa, capacitando o cliente no sentido da mobilização para objetivos e comportamentos de saúde e recuperação (Oliveira & Lopes, 2010).

De entre as teóricas de enfermagem sobre o conforto destacam-se Janice Morse e Katherine Kolcaba. Para Morse, o conforto é um “estado de bem-estar que pode ocorrer em qualquer momento do *continuum* saúde-doença” (Morse, 1997, p. 4) sendo objetivo dos cuidados de enfermagem aumentar o nível de conforto da pessoa através da redução do *stress*, alívio e tranquilização (Morse, 1997). Para Kolcaba, conforto é uma “satisfação ativa, passiva ou colaborativa das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade ou transcendência, que surgem de situações de saúde geradoras de *stress*” (Kolcaba, 1994, p. 1178), sendo objetivo dos cuidados de enfermagem a obtenção de um estado de conforto aumentado.

A intervenção de enfermagem pressupõe uma teoria onde se fundamente a apreciação da pessoa/grupo alvo dos cuidados e a tomada de decisão, que estruture o pensamento e a elaboração dos diagnósticos, traduzidos em ação pelas intervenções implementadas, resultando em manifestações que poderão derivar em novos diagnósticos. Foi escolhida a teoria do conforto de Kolcaba como fundamento teórico à intervenção de enfermagem caracterizando esta teoria em seguida.

2.2 Teoria do conforto de Kolcaba

A definição de conforto de Kolcaba, apresentada atrás, tem associados 4 pressupostos teóricos base: os seres humanos têm respostas holísticas a estímulos complexos; o conforto é um resultado holístico desejado, os seres humanos procuram satisfazer ou ver satisfeitas as suas necessidades básicas de conforto e a integridade institucional é baseada num sistema que valoriza os cuidados centrados na pessoa (Kolcaba, 2001). A autora assume também que o conforto é um resultado holístico ao caracteriza-lo como um estado pessoal dinâmico e multifacetado em que os vários aspetos do conforto se influenciam mutuamente sendo a magnitude do resultado superior ao efeito num único aspeto (Kolcaba, 1994; Kolcaba, 1995).

Kolcaba (1994) define a sua teoria como bidimensional, constituindo-se a primeira dimensão por três estados: alívio, tranquilidade e transcendência, e a segunda por quatro contextos: físico, psico-espiritual, social e ambiente. Da sobreposição destas dimensões obtém-se uma estrutura taxonómica de avaliação do conforto holístico, que permite a avaliação do conforto atingido e o resultado das intervenções face às situações de saúde geradoras de *stress* (Kolcaba, 1994, 2001) (apêndice IV).

Oliveira (2013) descreve os três estados como: alívio (experiência da satisfação da necessidade de conforto do cliente); tranquilidade (estado de calma, sossego ou satisfação); transcendência (estado de superação dos problemas ou dor). Este último estado necessário quando nenhum dos outros é atingível na sua totalidade, permitindo a melhoria do estado de conforto no sentido do conforto total (Kolcaba, 1994). Os contextos são definidos como: físico (sensações e funções corporais); psico-espiritual (perceção de si mesmo, autoestima, sexualidade, espiritualidade); sociocultural (relações interpessoais, família, situação financeira, amigos, cultura); ambiente (luz, ruído, cor, temperatura, natural/sintético, acolhedor/ameaçador) (Kolcaba, 1994, 2001; Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Na teoria do conforto de Kolcaba as situações geradoras de *stress* a que a pessoa é sujeita no seu ambiente condicionam o desenvolvimento humano de forma positiva ou negativa consoante a impressão de sucesso ou insucesso na sua resolução, sendo qualquer situação de saúde geradora de *stress* e assim foco de intervenção de enfermagem (Kolcaba, 1994). As situações de saúde geradoras de *stress* envolvem dois tipos de tensões: alfa e beta. A primeira resulta da soma de forças obstrutivas (negativas) como os efeitos da doença ou tratamento, ambiente, emoções de medo,

ansiedade ou impotência, de forças facilitadoras (positivas) que são as intervenções de enfermagem planejadas em resposta às necessidades e as forças interativas que consistem nas experiências passadas, idade, atitude, estado emocional e sistema de suporte. A segunda é a percepção individual da pessoa do resultado total da tensão alfa (Kolcaba, 1994).

As necessidades resultam da indução pelas forças obstrutivas de atividades destinadas a satisfazer os impulsos que, se satisfeitos com sucesso, resultam numa percepção positiva do resultado tendendo a tensão beta a uma avaliação positiva da tensão alfa, e na percepção de um conforto aumentado. Esta percepção cria a expectativa de situações semelhantes serem resolúveis de forma igual, contribuindo para o estabelecimento de padrões de comportamento congruentes e ao desenvolvimento de comportamentos promotores de saúde (*health seeking behaviours*) internos (recuperação celular; imunidade) ou externos (autocuidado; estado funcional; manutenção da saúde) (Kolcaba, 1994) (ANEXO V).

Para a enfermagem a tensão beta é a percepção da pessoa acerca da qualidade das intervenções de enfermagem (forças facilitadoras) na resposta às necessidades geradas pelas situações de saúde (forças obstrutivas) as quais a pessoa precisa de ver satisfeitas (Kolcaba, 1994). As intervenções de enfermagem promotoras do conforto podem ser divididas em 3 tipos: intervenções gerais; de orientação; e “*comfort food for the soul*” (Kolcaba & DiMarco, 2005; Wilson & Kolcaba, 2004).

Definidos os conceitos, verifica-se que a teoria de Kolcaba tem sido aplicada a diversas áreas da enfermagem como a neonatologia (Williamson, 2012), a pediatria (Kolcaba & DiMarco, 2005) ou a pessoa com doença cardíaca (Krinsky, Murillo, & Johnson, 2014) e diversos contextos como o bloco operatório (Bergström et al., 2018; Chandra, Raman, & Katherine, 2016; Wilson & Kolcaba, 2004) ou a nível institucional (Kolcaba, Tilton, & Drouin, 2006; March & McCormack, 2009) enquadrando-se nas teorias de médio alcance (Higgins e Moore, 2000).

Na sua aplicação ao contexto pediátrico Kolcaba e DiMarco (2005) enunciam 7 premissas: Criança e família têm respostas holísticas a estímulos complexos; conforto é um resultado holístico desejável e positivo, e pertinente para a enfermagem pediátrica; crianças e família procuram satisfazer ou ver satisfeitas as suas necessidades básicas de conforto, sendo um processo ativo que por vezes precisa de

suporte do enfermeiro ou outro significativo; criança e família variam significativamente nos níveis pessoais de conforto necessário e desejado; prevenção do desconforto é mais fácil que o tratamento do desconforto; desconforto relacionado com o ambiente ou dor que não podem ser eliminados podem ser transcendidos com intervenções promotoras do conforto; ao aplicar a teoria os enfermeiros aplicam CCF, CNT e holísticos, ajudando também na comunicação multidisciplinar.

Para estes autores a obtenção de um estado de conforto aumentado incita não só a criança mas também a família a investirem em atividades necessárias para se tornarem e manterem saudáveis, ou seja, comportamentos promotores de saúde, atuando o enfermeiro como um orientador, assegurando que a criança, jovem e família podem recuperar, estão seguros e protegidos e conseguem participar ativamente no seu plano de tratamento de cuidados (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Ao prestar cuidados ocorre uma apreciação intencional das necessidades de conforto holístico ao nível do alívio, tranquilidade e transcendência, sendo rotineiramente reavaliadas de forma subjetiva ou objetiva através de escalas, e em que ao não se atingir o conforto total, intervenções de transcendência são implementadas, avaliando contudo o efeito aditivo que um contexto tem nos restantes contextos de conforto e no conforto total (Kolcaba & DiMarco, 2005; Tomey & Alligood, 2004).

Atendendo à visão holística da pessoa, ainda que esta seja “incapaz de pensamento consciente, o enfermeiro pode procurar por sinais externos de conforto/desconforto, e promover um maior conforto sempre que possível, facilitando o processo de recuperação/cura ou de morte serena” (Kolcaba, 1994, p. 1180) sendo aplicável quer a crianças pré-verbais quer a inconscientes, por exemplo por efeito de fármacos como os sedativos, aplicando-se por conseguinte às crianças ou jovens com SAI.

2.3 Promoção do conforto ao cliente pediátrico

Estando enquadrada a temática da criança e da sua especificidade, da enfermagem e dos cuidados pediátricos e do EEESIP, da problemática da SAI e da teoria de enfermagem escolhida para fundamentar a intervenção de enfermagem, importa abordar o tema deste trabalho, a promoção do conforto ao cliente pediátrico.

Verificou-se que a criança atravessa etapas de crescimento e desenvolvimento organizadas e que ao longo das etapas vai desenvolvendo capacidades interativas diversas e diferenciadas com o meio que a rodeia, que condicionam não só a sua

capacidade de entender como de agir e reagir nesse meio. Identificou-se a importância da família como cuidadora preferencial e alvo de cuidados através duma abordagem alicerçada nas filosofias dos CCF, da parceria de cuidados e dos CNT.

Relevou-se a importância do controlo da dor e de que nem só da gestão da dor se obtém conforto, situação bem patente na SAI em que as diversas manifestações podem não estar associadas a dor, mas a *stress* e sofrimento, tendo o EEESIP um papel fundamental na sua gestão e na abordagem desta síndrome na criança e família, adequando a intervenção ao estágio de desenvolvimento da criança, à complexidade da situação e às competências dos pais e família, procurando minimizar o seu impacto e maximizar o bem-estar da criança, jovem e família.

Identificou-se também que a teoria do conforto de Kolcaba tinha aplicação à pediatria sendo a abordagem do conforto pediátrico implementada seguindo princípios coincidentes com as filosofias dos cuidados de enfermagem pediátrica, e verificou-se a sua aplicabilidade à SAI na descrição da teoria ao poder ser maximizado o conforto mesmo a quem não tenha capacidade de o expressar voluntariamente.

Carnevale e Gaudreault (2013) realizaram um estudo procurando identificar o que as crianças viam como sendo medidas promotoras do conforto sendo identificados os pais, as visitas e amigos, os profissionais, o brinquedo favorito, brincar, a comida, dormir e os presentes. No mesmo sentido descreve Chandra et al. (2016) um conjunto de medidas promotoras do conforto como ter uma cama confortável, o posicionamento, cumprir a terapêutica prescrita, administração de fluidos, ambiente calmo, presença parental, escutar, apoio emocional, contacto físico (segurar a mão), informação adequada à idade, contar histórias, bolas de sabão e pinturas.

Particularmente interessante é a importância que as crianças deram no estudo de Carnevale e Gaudreault (2013), ao brincar e ao brinquedo, o que vai ao encontro do afirmado por Curado et al. (2003), pois tanto uns como outros referem que ao brincar a criança está a realizar uma atividade que lhe é prazerosa e simultaneamente a utilizá-la como suporte da sua capacidade de adaptação ao ambiente envolvente.

Ao contactar com o ambiente hospitalar, a criança é sujeita a um conjunto de experiências que podem ter um impacto negativo no seu estado psicológico, manifestado por regressões comportamentais, agressividade, apatia, entre outras, sendo a utilização da atividade lúdica um fator importante neste processo de

reabilitação da capacidade de adaptação da criança uma vez que “mesmo doente, a criança sente necessidade de brincar” (Carvalho & Begnis, 2006, p.110).

Neste sentido, a intervenção de enfermagem pode e deve ser mediada através da brincadeira lúdica, intencionalmente aplicada como “estratégia de comunicação terapêutica em linguagem adequada ao desenvolvimento cognitivo e intelectual da criança e/ou adolescente (OE, 2013). Continuando nesta linha de pensamento, os brinquedos podem ser utilizados como “(...) estratégia facilitadora na preparação da criança para os procedimentos e tem revelado benefícios, nomeadamente na aceitação da criança e consequentemente na sua cooperação e necessidade de restrição de movimentos.” (Curado *et al.*, 2016, p. 257).

Um estudo realizado com o propósito de identificar que medidas eram promotoras do conforto para os pais (Butler *et al.*, 2014) identificou a presença parental e ser um parceiro ativo no cuidar da criança, a partilha de informação e confiança na equipa, o apoio social e espiritual, alteração frequente de enfermeiro, identificando como fontes de *stress* principalmente a dor da criança, os procedimentos médicos e a separação. Em particular na UCIP, as principais necessidades dos pais são a informação e a proximidade à criança, sendo fatores maiores de *stress* a aparência da criança, os procedimentos, a comunicação, e a ansiedade pré admissão e pré alta (Colville *et al.*, 2009), aspetos igualmente apontados por Berube *et al.* (2014) que adicionam o efeito do ambiente da UCIP enquanto fator de stress.

Davidson *et al.* (2017) realizaram uma revisão das diretrizes para aplicação de CCF em UCIP incluindo: a presença parental quando desejada e a participação nas discussões clínicas, informação e treino acerca dos cuidados, apoio personalizado, brochuras, diários, comunicação regular com a família, apoio espiritual, ambiente tranquilo, e disponibilização de uma zona de repouso, aspetos que Berube *et al.* (2014) refere serem identificadas pelos pais como medidas promotoras do conforto.

Segundo Kolcaba, os cuidados promotores de conforto englobam três tipos de intervenções cuja implementação pode melhorar o estado de conforto total (Kolcaba & DiMarco, 2005; Wilson & Kolcaba, 2004) e que se descrevem na Tabela 3.

Tabela 3. Tipo de Intervenções Promotoras do Conforto

Intervenções Promotoras do Conforto	Exemplos	Objetivos
Intervenções Gerais	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância de sinais vitais e resultados laboratoriais • Apreciação do utente • Avaliação da dor • Manter normotermia • Medicação e tratamentos • Posicionamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o conforto através da manutenção da homeostasia e controlo da dor e sofrimento • Manter ou recuperar as funções físicas e o conforto • Prevenir complicações
Ensino/Orientação	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte emocional • Tranquilizar • Educação para a saúde • Escuta ativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Aliviar a ansiedade • Providenciar informação, confiança e esperança • Facilitar o planeamento da recuperação/reorganização
<i>“Comfort food for the soul”</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Toque terapêutico • Massagem • Musicoterapia • Disponibilidade • Conexão pessoal • Adaptação ambiental 	<ul style="list-style-type: none"> • Criar uma sensação de ser cuidado através da disponibilidade, envolvimento e interação • Fortalecer a vontade de cura, reabilitação ou o que considera “vida normal”

Fonte: Kolcaba e DiMarco (2005); Wilson e Kolcaba (2004)

Estas intervenções podem ser holísticas ao terem como alvo diversas necessidades de conforto em simultâneo abarcando dessa forma os 4 contextos de conforto definidos por Kolcaba (Wilson & Kolcaba, 2004) como por exemplo na gestão da dor, competindo ao EEESIP a gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança, adaptando as estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor, ansiedade e sofrimento (OE, 2013). Os tipos e exemplos de intervenções apresentados na Tabela 3 são congruentes com os resultados dos estudos de (Berube et al., 2014; Butler et al., 2014; Carnevale & Gaudreault, 2013; Carvalho & Begnis, 2006; Chandra et al., 2016; Colville et al., 2009) e podem associar-se às competências do EEESIP como exemplificado na Tabela 4.

Tabela 4. Competências do EEESIP por tipo de intervenções promotoras do conforto

Intervenções Gerais	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mau estar, situações de risco ou instabilidade; • Mobiliza conhecimentos para a intervenção antecipatória; • Garante a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas; • Avalia o desenvolvimento infantojuvenil; • Avalia a parentalidade;
Orientação	<ul style="list-style-type: none"> • Negoceia a participação; • Comunica com técnicas apropriadas à idade, desenvolvimento e cultura; • Proporciona conhecimento e facilita a aquisição de conhecimentos; • Capacita a criança e família na adoção de estratégias de <i>coping</i>; • Adequa o suporte familiar e comunitário; • Transmite orientações antecipatórias; • Facilita a comunicação de emoções;
“Comfort food for the soul”	<ul style="list-style-type: none"> • Negoceia a participação; • Comunica com técnicas apropriadas à idade, desenvolvimento e cultura; • Utiliza estratégias motivadoras e promotoras da esperança realista; • Promove a relação dinâmica com crianças e família; • Facilita a comunicação de emoções; • Tem conhecimento da extensão da utilização de terapias complementares; • Capacita a criança e família na adoção de estratégias de <i>coping</i>; • Reforça a tomada de decisão responsável.

A intervenção do EEESIP pode assim ser descrita como a ação individualizada e específica adaptada ao desenvolvimento da criança e ao contexto, após diagnóstico de necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nas quatro dimensões estabelecidas na teoria do conforto (Kolcaba, 1994), e que se consubstanciam em três tipos de intervenções promotoras do conforto (Kolcaba & DiMarco, 2005; Wilson & Kolcaba, 2004) no sentido de assistir e maximizar o conforto da criança, jovem e família, assentes nas filosofias de prática de CCF (Jolley & Shields, 2009), de CNT (Hockenberry & Barrera, 2018) e de prestação de cuidados de conforto holístico (Kolcaba, 1994; Kolcaba, 1995)

No contexto atual de constante mudança, evolução e desenvolvimento tecnológico e científico, exige-se um aperfeiçoamento e atualização continuados dos conhecimentos e práticas por forma a exercer-se enfermagem de forma profissional,

competente e com qualidade (OE, 2019b). Tendo em vista o desenvolvimento de competências de EEESIP, quer comuns quer específicas, com uma orientação para a promoção do conforto e com uma vertente particular associada ao desenvolvimento de competências na gestão da criança em risco de SAI e sua família, definiram-se objetivos gerais e específicos e determinou-se uma metodologia e métodos a utilizar para a sua prossecução que se apresentam de seguida.

CAPÍTULO 3. OBJETIVOS E METODOLOGIA

3.1 Objetivos gerais e específicos

Definiram-se dois objetivos gerais com quatro e três objetivos específicos respectivamente:

1. Desenvolver competências comuns e específicas de EESCJ, para a prestação de cuidados à criança, ao jovem e família nos processos de desenvolvimento, saúde-doença e situacionais, nos diversos contextos de assistência;
 - 1.1. Caracterizar os contextos de estágio relativamente à sua estrutura e organização;
 - 1.2. Analisar as práticas do EEESIP em situações de saúde e doença nos diversos contextos;
 - 1.3. Colaborar na prestação de cuidados à criança/jovem e família, com foco na promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento e da promoção da parentalidade;
 - 1.4. Colaborar no desenvolvimento de planos/estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados.
2. Desenvolver competências para a prestação de cuidados à criança, ao jovem e família em situações de especial complexidade, com foco na gestão do conforto nas diversas etapas de desenvolvimento, em diferentes contextos de atendimento à criança.
 - 2.1. Analisar métodos e estratégias de promoção do conforto da criança e família utilizados nos diversos contextos;
 - 2.2. Aprofundar conhecimentos sobre a promoção do conforto e gestão da síndrome de abstinência em crianças e jovens submetidas a sedoanalgesia;
 - 2.3. Identificar métodos e instrumentos de avaliação da síndrome de abstinência em crianças sujeitas a sedoanalgesia.

3.2 Metodologia e métodos

Definidos os objetivos procurou-se uma metodologia que desse resposta ao tipo de formação necessária para a consolidação do conhecimento em competências profissionais. A este respeito Alarcão e Rua (2005) refere que o conhecimento é hoje dinâmico, contextualizado e interligado, exigindo-se dos profissionais competência,

responsabilidade e trabalho em equipa, sendo a formação um processo contínuo em contextos interativos onde ocorre uma apropriação individual do saber.

Deste modo, para a prossecução e concretização das aprendizagens necessárias com vista ao desenvolvimento de competências de EEESIP foi escolhida uma metodologia reflexiva, investigando de forma sistemática, controlada e participativa os problemas, e procurando implementar ações práticas envolvendo de forma participativa a população destinatária (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Por forma a demonstrar o desenvolvimento das competências definidas optou-se pela utilização de uma metodologia descritiva, reflexiva e crítica sobre as atividades, intervenções e resultados obtidos, articulando na sua análise e síntese a evidência científica existente bem como os referenciais normativos e reguladores da profissão, indo ao encontro de uma abordagem formativa clínico-reflexiva (Alarcão & Rua, 2005) assente em cinco elementos: observação, ação e reflexão, questionamento crítico, interação e comunicação, e sistematização e reconceptualização dos saberes.

Os métodos escolhidos foram: a revisão da literatura, a observação, a reflexão na ação, a reflexão crítica individual e com pares, o planeamento, realização e avaliação de uma sessão de informação/formação e a elaboração de um projeto de investigação sobre práticas de cuidados à criança e família com SAI.

Para Alarcão e Rua (2005) o profissional competente evidencia qualidade no seu desempenho e proporciona qualidade às pessoas com quem interage, sendo a competência a manifestação de uma atuação adaptada a uma situação concreta, implicando compreensão e um juízo sobre a situação e uma ação intencional daí decorrente, bem como o reconhecimento dos limites do seu próprio saber. Por outro lado Benner (2001) argumenta que a competência dos enfermeiros é resultado da experiência e conhecimento clínico desenvolvido ao longo do tempo que moldam a sua perceção e apreciação da situação na sua globalidade.

Uma outra definição de competência extrai-se do regulamento do enfermeiro especialista (OE, 2019b) como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, nos diversos domínios de intervenção, que permitem o exercício profissional no sentido da prestação de cuidados adequados às necessidades de saúde em diversos contextos de intervenção.

Os contextos de trabalho são um local privilegiado para a construção de saberes e atitudes profissionais, modelando a aprendizagem pela exposição a experiências concretas no decorrer do exercício profissional relacionando a teoria com a prática, o que ocorre a nível formativo nos estágios clínicos, “momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde e afins, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências” (Alarcão & Rua, 2005, p. 376).

Para Benner (2001) a aquisição de competências ocorre por níveis sucessivos de proficiência sendo o primeiro a passagem de princípios abstratos à utilização de uma experiência passada concreta, o segundo a modificação da perceção da situação de elementos isolados para um todo em que algumas partes são relevantes, e por último a passagem de observador a executante envolvido e empenhado na situação. Benner (2001) descreve este processo como experiência em situação, desenvolvendo-se os atos competentes integrando os princípios e a teoria aprendida em sala de aula, e as decisões e aptidões adquiridas apenas perante situações reais em contexto. Com a experiência e o domínio a competência transforma-se e conduz a um melhoramento das intervenções sendo sobretudo um processo ativo de formar e modificar teorias e ideias por confrontação com a realidade (Benner, 2001).

O desenvolvimento profissional e de competências é o resultado da interação entre uma pessoa que ativamente procura desenvolver-se e os contextos profissionais em que está inserido, sob a orientação e supervisão de profissionais que a ajudam no desenvolvimento de conhecimentos, técnicas e atitudes, levando à definição de uma identidade profissional e a um exercício competente (Alarcão & Rua, 2005).

A OE definiu as competências do EE em competências comuns e específicas que no caso do EEESIP estão definidas respetivamente pelos regulamentos (OE, 2019b) e (OE, 2018) cujos domínios se resumem em seguida.

Domínios de competências comuns (OE, 2019b)

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Domínios de competências específicas (OE, 2018)

- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

No mesmo sentido de Alarcão & Rua (2005) e Benner (2001) também a legislação do ensino superior promove a transição para um ensino baseado no desenvolvimento de competências (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2006) e em particular, relativamente aos cursos conducentes ao grau de mestre, o dever de assegurar predominantemente a aquisição de uma especialização de natureza profissional e o recurso à investigação baseada na prática (Presidência do Conselho de Ministros, 2018).

Definem estes Decreto-Lei que o grau de mestre é conferido a quem demonstre:

- Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que desenvolva e aprofunde os conhecimentos ao nível da licenciatura, ou que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais
- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Pode-se assim identificar um processo interativo entre o profissional estudante, o contexto prático e a escola, assegurando esta a legitimação dos saberes e a sua relação com o mundo profissional, configurando um processo de aprendizagem

contínua na vivência dos espaços institucionais e a aquisição de saberes e papéis articulados com o trabalho (Serrano et al., 2011).

Delinearam-se assim, um conjunto de atividades por forma a poder participar ativamente nos contextos selecionados e realizar as aprendizagens necessárias para o desenvolvimento de competências de EEESIP, bem como demonstrar conhecimentos e capacidades conducentes à obtenção do grau de mestre, apresentando-se uma análise crítica dessas atividades quanto à sua implementação e resultados, sintetizando as competências desenvolvidas e a sua contribuição para a promoção do conforto à criança, ao jovem e família.

CAPÍTULO 4. ATIVIDADES E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

As atividades realizadas foram diversas e seguiram o planeamento traçado inicialmente (Apêndices I e II), havendo, contudo, lugar a ajustes tendo em consideração as condicionantes locais a nível de recursos, de processos de reorganização e reestruturação das equipas de saúde bem como dos processos de prestação de cuidados de saúde, por forma a conciliar os meus objetivos com as possibilidades de providenciar experiências de aprendizagem nos locais de estágio.

Para este efeito foi importante a elaboração de um Guia Orientador das Atividades de Estágio (Apêndice III), enviado previamente ao início dos estágios para o enfermeiro orientador, permitindo uma avaliação prévia por parte deste dos objetivos, necessidades e recursos necessários para a consecução do projeto, fomentado uma discussão e ajustamento dos objetivos. Foi também elaborado um Guião de Entrevista exploratória (Apêndice IV) acerca do contexto e da intervenção do EEESIP, tendo como foco os cuidados promotores do conforto à criança, jovem e família.

A informação conjunta destes dois documentos possibilitou planear, ajustar e implementar atividades que se consubstanciaram na revisão e criação de normas de prestação de cuidados (utilização de protóxido de azoto e avaliação, prevenção e gestão da criança e do jovem com SAI), na elaboração de um projeto de implementação de uma caixa da brincadeira, na elaboração de um *dossier* temático, no planeamento de uma atividade de articulação entre a USF e a comunidade escolar, e no planeamento e realização de uma sessão de informação/formação acerca da SAI (Apêndices VI, VII, IX, XI, XII e XII).

Permitiram igualmente determinar e planear a prestação de cuidados diretos sob supervisão e posteriormente com maior autonomia a crianças e jovens em situação de doença aguda em contexto de urgência, com doença crónica ou necessidade de reabilitação, na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, na avaliação do cumprimento do PNV e execução da vacinação e sua documentação, na prestação de cuidados ao grande prematuro em situação crítica e em preparação para a alta da UCIN, e na prestação de cuidados a crianças com SAN e SAI, fomentando a discussão de práticas baseadas na evidência e estratégias de avaliação, prevenção e gestão

destas síndromes, promovendo o desenvolvimento de competências de EEESIP quanto a conhecimentos, habilidades e comportamentos.

As aprendizagens e experiências em contexto de ensino clínico foram o ponto de partida para a elaboração de reflexões críticas procurando colocar em palavras os processos experienciais vividos, a análise efetuada da intervenção realizada, e da integração da experiência de aprendizagem global e o seu contributo para o meu desenvolvimento enquanto enfermeiro e em particular enquanto EEESIP (Apêndices V, VIII e X). A análise crítica baseou-se na revisão teórica da literatura, procurando atualizar-me quanto à evidência científica mais recente acerca das intervenções de enfermagem nos contextos de estágio, em particular sobre intervenções do EEESIP passíveis de aplicar nesses contextos.

Do aprofundamento da teoria do conforto de Kolcaba, e utilizando os seus conceitos como fundamento teórico para a elaboração do processo de enfermagem, procurou-se avaliar as situações experienciadas à luz desta teoria, procurando operacionalizar os conceitos e a teoria na prática, consubstanciando-se na aplicação da matriz taxonómica em casos concretos dos contextos de estágio (Apêndices VIII e X), e em particular a situações da criança e família com SAI, aplicando a teoria na identificação das necessidades de conforto, definindo intervenções promotoras do conforto a ser implementadas e os resultados esperados (Apêndice XV).

A revisão teórica sobre a SAI e os cuidados à criança, jovem e família com esta síndrome foi realizada ao longo do percurso formativo e dos contextos de ensino clínico, de modo a basear e fundamentar a intervenção na evidência científica mais atual, surgindo a ideia de aprofundar o conhecimento sobre a SAI e os cuidados prestados em UCI neonatal e pediátrica, elaborando-se um projeto de investigação (Apêndice XVI) com o objetivo de identificar as práticas correntes das equipas de saúde face a esta problemática e retirar contributos para o planeamento e elaboração de uma sessão de informação/formação acerca da SAI direcionada às lacunas identificadas. O projeto foi apresentado em formato póster no *3rd Annual Congress on Trauma-informed Care, Science & Soul 2020* (Apêndice XVII).

Destas atividades surgiu o presente relatório realizando-se em seguida uma integração destas com o desenvolvimento de competências de EE através da análise da sua concretização, a sua contribuição para o desenvolvimento profissional, das

limitações encontradas e das competências identificadas como ainda com necessidade de desenvolvimento, e de uma síntese da evolução no percurso de desenvolvimento enquanto EEESIP.

4.1 Análise

A utilização de um guia orientador das atividades em estágio permite estabelecer um primeiro contacto, não presencial, com outro enfermeiro que irá colaborar no processo formativo, dando oportunidade à reflexão sobre o que é proposto, a sua adequabilidade, os recursos necessários à sua execução e eventuais limitações ou barreiras previsíveis. Ao utilizar este recurso estamos a contribuir para uma relação profissional e de respeito indo ao encontro do definido no REPE (OE, 2015a) em relação às responsabilidades profissionais, e enquadra-se na competência comum de desenvolvimento das aprendizagens profissionais¹ (OE, 2019b).

No mesmo sentido se considera a utilização do guião de entrevista enquanto instrumento de mediação relacional entre enfermeiro orientador e enfermeiro orientado, mas cumulativamente com a utilidade de caracterização exploratória do contexto, permitindo identificar áreas de colaboração ou intervenção que permitam um exercício seguro, adequado e ajustado à realidade contextual, o que poderá admitir-se como representativo de competências comuns de responsabilidade profissional, ética e legal e de melhoria da qualidade² (OE, 2019b). Este instrumento possibilitou também um contacto mais pessoal e estruturado com o EEESIP permitindo “beber” da sua experiência acumulada diversa da minha, diversificando o leque de conhecimentos e atitudes passíveis de serem utilizados futuramente como apontado por Alarcão & Rua (2005) e Benner (2001).

Através da realização de normas e do *dossier* temático procurei dar resposta a necessidades sentidas por parte dos enfermeiros no contexto procurando promover boas práticas e fomentar a atualização do conhecimento à luz da evidência científica mais recente. A realização destas atividades permitiu-me desenvolver competências

¹ “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade...reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais”

² “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontologia profissional” e “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”

comuns de melhoria da qualidade³ (OE, 2019b), e ao nível das competências específicas relacionadas com a assistência à criança e família⁴ (OE, 2018).

A realização do projeto da caixa da brincadeira enquadra-se na temática da promoção do conforto e configura-se como uma forma de intervir na gestão diferenciada da dor utilizando estratégias não farmacológicas enquanto intervenções autónomas de enfermagem (OE, 2015a). Dentro das estratégias não farmacológicas destaco a amamentação pela utilidade e eficácia que tive oportunidade de presenciar durante situações de vacinação. É uma estratégia de baixo custo, eficaz e continuamente disponível tornando-a uma escolha muito útil no controlo da dor (Chittaluri & Rani, 2017) prevenindo assim o trauma associado a procedimentos dolorosos e as suas repercussões (Cwynar & Osborne, 2019; Harrison et al., 2016; WHO, 2015).

De realçar que a vacinação, habitualmente realizada em consulta de vigilância, é um momento de intervenção rico em interação e em que tive oportunidade de desenvolver diversas competências de EEESIP pela necessidade de adequar a comunicação à criança e família, de prover informação antecipatória, de aplicar estratégias de controlo da dor, trabalhar em parceria, identificar situações de risco, e promover a parentalidade através da capacitação e *empoderamento* face às necessidades identificadas na criança, no jovem e sua família (OE, 2018).

A realização destas intervenções de forma autónoma mas supervisionada permitiram desenvolver competências específicas na assistência à criança e família⁵, no cuidar da criança em situações de especial complexidade⁶, e prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento⁷ (OE, 2018). A nível das competências comuns esta experiência permitiu desenvolver as competências de prática profissional responsável, ética e legal⁸, o exercício profissional garantindo um

³ “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais...e participa na disseminação necessária à sua apropriação” e “...reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas...a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.”

⁴ “Implementa e gere em parceria um plano de saúde, promotor da parentalidade”

⁵ O EEESIP estabelece “uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde” implementando e gerindo um plano de saúde promotor da parentalidade, e intervém nas doenças comuns e situações de risco.

⁶ Gere a dor e o bem-estar, recorrendo a terapias comuns e complementares promovendo a adaptação da criança, jovem e família à doença.

⁷ Promove o crescimento e desenvolvimento infantil, a vinculação, comunicando de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

⁸ Intervenção assente “na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” respeitando os direitos humanos.

ambiente terapêutico e seguro⁹ e aplicação de intervenções baseadas na evidência científica¹⁰ (OE, 2019b).

A revisão da literatura foi essencial para a elaboração deste projeto de aprendizagem, para a fundamentação da intervenção e para a atualização de conhecimentos face à evidência científica mais recente, resultando no desenho de um projeto de investigação sobre práticas de cuidados à criança, jovem e família com SAI.

Na implementação deste projeto tinha-se como premissa a aplicação em dois momentos do mesmo questionário intercalada com a realização de uma sessão de informação/formação, sendo a segunda aplicação uma medida da eficácia da sessão em veicular informação atualizada sobre o tema, e eventualmente indutora de uma mudança de comportamentos e melhoria dos cuidados prestados.

Contudo, o processo de obtenção das autorizações foi moroso, levando a que a autorização final fosse concedida muito próximo do prazo para a elaboração deste relatório. Deste modo, foi decidido fazer-se uma sessão de informação de conteúdo mais reduzido, focando os aspetos principais identificados na teoria e que poderiam ser de interesse para os locais de ensino clínico (UCIN e UCIP).

O processo de elaboração do projeto de investigação e de realização da sessão de informação/formação foi fundamental para o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades de aprofundamento dos conhecimentos, de integração e desenvolvimento de soluções em situações complexas, no caso concreto a SAI, e de comunicação de informação de forma clara a outras pessoas, competências exigíveis a nível de mestrado. Por outro lado, estas atividades são reflexo das competências comuns de EE de desenvolvimento de práticas de qualidade¹¹ e de facilitador dos processos de aprendizagem e investigação¹² (OE, 2019b).

As reflexões realizadas são um relato do processo de análise crítica acerca das experiências em cada contexto de estágio, e do seu impacto no desenvolvimento de um pensamento e prática especializados como apontam Alarcão & Rua (2005) e Benner (2001). Em particular, a aplicação da teoria do conforto de Kolcaba a situações

⁹ Reconhece a intervenção centrada na pessoa como “condição imprescindível para a efetividade terapêutica”

¹⁰ O EE baseia a tomada de decisão e as intervenções em “conhecimento válido, atual e pertinente”

¹¹ O EE “reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas...a revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua”

¹² O EE “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica...assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem”

concretas permitiu operacionalizar um referencial teórico diverso do que estava habituado, demonstrando como afirma Lopes (1999) a riqueza teórica em enfermagem no contexto metaparadigmático que a define.

De todos os casos concretos experienciados como a criança e família em situação de urgência e a ansiedade do primeiro contacto, o jovem com défice motor e a necessidade de intervenção reabilitativa, a criança com alteração do comportamento com necessidade de vacinação, a mãe adolescente, e os RN e criança com síndrome de abstinência, gostaria de relevar os casos da mãe adolescente e da criança com sintomas de síndrome de abstinência como casos de intervenção complexa, ricos em aprendizagem de conhecimentos, comportamentos e intervenções do EEESIP.

No caso da mãe adolescente (Apêndice X) foi de particular importância constatar a intervenção concomitante da EEESIP e da EESMO na intervenção ao RN e sua mãe. A complementaridade das intervenções revela a importância de cada área especializada de intervenção, e a capacidade acrescida de avaliar o contexto em que o RN e a mãe se encontram. Na avaliação denota-se um contexto com múltiplas variáveis intervenientes (RN, mãe, avó, pai adolescente, condições financeiras, escolaridade, disponibilidade para acompanhamento) o que torna a tomada de decisão e elaboração de intervenções adequadas mais exigente. A este respeito Queluci & Figueiredo (2010) argumentam que o contexto em que ocorre a intervenção é único e engloba as pessoas envolvidas, os cuidados de enfermagem, os fatores ambientais, não se resumindo à sintomatologia do cliente mas às diversas influências da individualidade do cliente, conferindo diversos graus de complexidade à situação singular do cliente e das intervenções a implementar.

A adequação do discurso ao desenvolvimento da mãe adolescente, o estabelecimento de um plano de saúde com objetivos definidos e atingíveis, a capacitação para os próximos dias relativamente à evolução previsível do RN quanto ao seu crescimento e desenvolvimento foram intervenções especializadas ajustadas ao contexto, no sentido da adoção de comportamentos promotores da saúde, de vinculação, de capacitação para a parentalidade, e de apoio à autodeterminação da adolescente, preservando o adequado desenvolvimento do RN, e minimizando fatores conducentes a uma situação de risco. Nesta intervenção identificam-se várias competências de EEESIP sendo um momento de aprendizagem único de atuação e reflexão na ação traduzido em reflexão (Apêndice X).

No caso da criança com sintomas de SAI (Apêndice XV), esta revelou uma situação paradigmática da dificuldade de avaliação da ocorrência de SAI, relevando o contexto de incerteza diagnóstica, determinando a atuação com base em princípios de beneficência, não maleficência e na avaliação de risco, enquadrados nas boas práticas. A multiplicidade de fatores intervenientes contribuiu para a dificuldade da tomada de decisão, e reflete a importância de uma avaliação criteriosa com múltiplas variáveis que não são exclusivas da SAI, e que condicionam a definição de um plano terapêutico. Como aponta Craig et al. (2008) intervenções complexas contêm diversos componentes que interagem entre si, sendo tanto mais complexas quanto maior o número de componentes em interação, quanto maior a quantidade e mais complexos os comportamentos a adotar, quanto maior a dimensão e variabilidade dos seus efeitos e quanto menor a flexibilidade de adaptação da intervenção.

Ao não utilizar uma escala de avaliação da SAI nem seguir um protocolo de redução de sedoanalgesia, e considerando os antecedentes pessoais face às manifestações ocorridas, desenvolveu-se uma situação de difícil identificação de relações causais. Contudo, as intervenções promotoras do conforto foram eficazes no alívio e tranquilidade da criança, capacitando igualmente os pais para lidar com a ansiedade e angústia de verem o filho agitado e desconfortável, conferindo-lhes uma maior resiliência, diminuindo o impacto do choque perante a manifestação dos sinais e facilitando simultaneamente a expressão das suas emoções, identificando-se os três domínios de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência), e demonstrando a aplicabilidade da teoria à criança e família com SAI (Apêndice XV).

Esta situação permitiu desenvolver competências comuns de prática profissional responsável, ética e respeitosa dos direitos humanos¹³, de intervenções garantindo um ambiente terapêutico e seguro¹⁴, e de otimização dos cuidados de enfermagem e dos recursos adaptando-os ao contexto¹⁵ com base na evidência científica¹⁶ (OE, 2019b). A nível das competências específicas desenvolvi competências de assistência

¹³ O EE “demonstra um exercício seguro...utilizando habilidades de tomada de decisão...na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente”

¹⁴ Desenvolve práticas de qualidade “garantindo um ambiente terapêutico e seguro...centrado na pessoa...promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco”

¹⁵ Otimiza “as respostas da equipa de enfermagem” e adequa “os recursos às necessidades de cuidados”

¹⁶ O EE “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”

à criança e família em parceria maximizando a sua saúde¹⁷, de cuidar da criança em situações de especial complexidade¹⁸ e de prestação de cuidados específicos às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento¹⁹ (OE, 2018). Procurando identificar padrões de qualidade que o EEESIP pode demonstrar nos cuidados à criança, jovem e família com SAI procedeu-se à sua identificação tendo por base o regulamento dos padrões de qualidade elaborado pela OE (OE, 2015c) e que se elencam no Anexo VI.

As situações relatadas demonstram o ambiente de complexidade em que por vezes a intervenção de enfermagem especializada ocorre e demonstrativas do que é esperado do EEESIP enquanto profissional diferenciado na prestação de cuidados de enfermagem, bem como da mais-valia que a sua intervenção pode ter na tomada de decisão, implementação dum plano de enfermagem e nos ganhos em saúde daí decorrentes. Como defende Benner (2001) o processo de decisão complexa é posto em evidência no domínio da função de diagnóstico e vigilância do doente, controlo eficaz de situações de evolução rápida e assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados.

Como apontado anteriormente, o contexto em que ocorrem as situações de saúde são os locais por excelência para a aplicação e desenvolvimento da prática de cuidados, permitindo aprimorar conceitos teóricos aplicados em situações concretas, confrontar capacidades com limitações e desenvolver atitudes competentes de exercício profissional (Alarcão & Rua, 2005; Benner, 2001).

Havendo alguns contextos de estágio nos quais já tinha exercido enquanto enfermeiro como a enfermaria de pediatria, e outros em que ainda hoje exerço como a UCIP e o SUP, permitiram-me focar no aprimoramento da minha intervenção com vista ao desenvolvimento de competências de EE nas situações com que fui confrontado, pela familiaridade do contexto e das situações de saúde ocorridas.

Os restantes 3 locais de estágio foram preponderantes no desenvolvimento e aperceção de realidades pediátricas diversas e das quais tinha pouca experiência, sendo momentos de aprendizagem determinantes no meu desenvolvimento profissional e de competências de EEESIP. No estágio em USF contactando

¹⁷ O EEESIP implementa e gere em parceria “um plano de saúde, promotor da parentalidade”, “intervém nas doenças comuns e situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida”

¹⁸ Reconhece “situações de instabilidade das funções vitais...e presta cuidados de enfermagem apropriados”, “faz a gestão diferenciada da dor e bem-estar...otimizando as respostas” e promove “a majoração dos ganhos em saúde” e a “adaptação da criança/jovem e família à doença”

¹⁹ Comunica “de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”

maioritariamente com a criança saudável e focando a minha aprendizagem na avaliação do desenvolvimento e crescimento infantil e promoção de comportamentos saudáveis através da orientação antecipatória, do grande prematuro em UCIN, verificando a importância dos cuidados neuroprotetores e colaborando na gentil manipulação destes neonatos, e no CR abordando a criança com doença crónica limitativa, focando-me na gestão partilhada com outros profissionais dos processos de saúde, doença e reabilitação destas crianças e família, e no contributo do EEESIP para estas intervenções.

Por último, mas não menos importante, houve algumas limitações na prossecução deste projeto de investigação que importa referir. Como mencionado atrás, a demora nas autorizações impediu a prossecução atempada do projeto, e daí decorrente, a alteração da intenção inicial das sessões de informação/formação para sessões mais curtas. Por outro lado, os períodos relativamente curtos de duração de alguns estágios limitam não só a possibilidade de exposição a situações concretas de aprendizagens diversificadas, uma vez que dependentes de ocorrerem de forma aleatória e não necessariamente coincidente com os períodos de estágio, e por outro lado, a curta duração implica uma maior dificuldade de articulação com a equipa de enfermagem na sua totalidade, não permitindo uma exposição mais realística do contexto profissional em si, mas sim como que uma “fotografia” de um momento de contacto.

A disponibilidade pessoal e familiar foi um fator que restringiu os momentos planeados para reflexão sobre as práticas, podendo ter condicionado a fluidez do discurso ao longo do relatório bem como da análise nas reflexões críticas. Contudo, poder-se-á afirmar que essa fluidez variável será uma expressão da minha individualidade pessoal na situação contextual concreta no momento da reflexão, em si evidência da capacidade integradora dos conhecimentos em situações pessoais diversas.

4.2 Síntese

As atividades planeadas inicialmente foram praticamente todas realizadas e implementadas com exceção da colheita de dados, e com uma modificação da sessão de informação/formação planeada, contudo, de um modo global, pode-se afirmar que foram atingidos os objetivos planeados inicialmente.

A nível de competências as experiências e atividades realizadas contribuíram para o seu desenvolvimento havendo, contudo, uma competência específica “E2.3

Responde a doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” (OE, 422, p 19193), que não pode ser desenvolvida por não ter havido oportunidade ao longo dos diversos ensinamentos clínicos de ter contacto com uma criança com um diagnóstico de doença rara. No meu contexto de trabalho tenho tido algumas crianças com diagnóstico de doença rara, pela qual ainda que com exposição limitada, esse percurso de desenvolvimento poderá ser feito em contexto profissional.

As experiências vividas permitiram-me desenvolver uma maior capacidade de entender o mundo da criança consoante o seu estágio de desenvolvimento, e de adaptar a minha comunicação a esta, bem como desenvolver estratégias de comunicação e capacitação dos pais no exercício da sua parentalidade, apercebendo-me com maior facilidade dos fatores intervenientes nos contextos em que a criança, jovem e família se inserem e de que forma estes se influenciam mutuamente.

Para o desenvolvimento destas competências foram fundamentais os EEESIP dos diversos contextos de estágio do EC pela contribuição imprescindível da sua experiência nos cuidados à criança, jovem e família e pela possibilidade de discussão do âmbito da intervenção especializada, fomentando o meu desenvolvimento enquanto EEESIP.

A minha visão da intervenção que é esperada de mim após a obtenção do título de EEESIP vai de encontro ao afirmado por Alarcão & Rua (2005) em que o enfermeiro experiente demonstra uma visão abrangente da realidade, resultante da junção de saberes teóricos da disciplina de enfermagem e experienciais da sua própria aprendizagem pessoal.

Em particular, em relação à criança e jovem e família com SAI, sinto-me capaz de tomar decisões fundamentadas e adequadas à situação, ainda que complexa, e de servir como referência para outros no sentido da melhoria dos cuidados prestados, o que é suportado por (Benner, 2001) ao afirmar que a especialização clínica é de extrema importância nos domínios da função de ajuda, de educação e orientação, sendo a apropriação de conhecimentos facilitadora da compreensão e interpretação, e permitindo responder de forma mais adequada a necessidades variadas, saber como vão evoluir as situações e explicar o que é esperado e as dificuldades que podem surgir.

CAPÍTULO 5. PROJETOS FUTUROS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 Projetos futuros

O processo formativo realizado foi fundamentalmente transformativo, mas não necessariamente concluído. Com novas aquisições de conhecimento e com a transformação do comportamento, abrem-se um conjunto de novas linhas de desenvolvimento que incitam ao continuado crescimento no sentido de uma maior diferenciação, de uma maior aprimoração da prática, isto é, de continuar o meu desenvolvimento de competências de EEESIP.

Este processo contínuo de desenvolvimento será desenvolvido ao longo de três eixos principais, todos interrelacionados, mas não necessariamente simultâneos, e que são: continuidade de projetos não terminados, desenvolvimento profissional e desenvolvimento académico.

Dando continuidade ao projeto iniciado com este curso, tenho como objetivo finalizar o projeto de investigação sobre as práticas de cuidados à criança e família com SAI em UCIN e UCIP, ainda em fase de colheita de dados, prosseguindo para a análise e divulgação dos resultados, seguindo posteriormente a linha orientadora traçada inicialmente de implementação da formação delineada.

Tendo em conta a avaliação das sessões de formação realizadas, que foram mais breves e com conteúdos muito selecionados não tendo a profundidade desejada para este tema, é razoável afirmar que há interesse geral de abordar a SAI de forma mais aprofundada, pelo que a prossecução do projeto de investigação dará resposta não só às questões que me levaram a escolher este tema e percurso formativo, como também será um instrumento útil na disseminação de boas práticas e na melhoria dos cuidados prestados às crianças e suas famílias.

Como planeado inicialmente, e referido anteriormente, o desenvolvimento deste projeto de investigação teria como resultado após análise dos dados a elaboração de um artigo científico como conclusão do processo científico, servindo igualmente como instrumento de disseminação do conhecimento e boas práticas a um nível mais global.

A nível profissional, no decorrer deste processo formativo tive a oportunidade de integrar um grupo de trabalho de revisão de boas práticas a nível da gestão da sedação e analgesia, que engloba os eventos adversos de síndrome de abstinência

iatrogénica e delírio. Fazer parte deste grupo permitir-me-á contribuir para a revisão, elaboração, implementação e manutenção de boas práticas a nível da unidade onde trabalho, rentabilizando as aprendizagens realizadas e exercendo o papel de EEESIP.

Pretendo igualmente colaborar nas iniciativas que conduzam à adoção de práticas promotoras do conforto ao cliente pediátrico na minha unidade e grupos de trabalho dos quais faça parte, por forma a maximizar a utilidade dos conhecimentos adquiridos ao longo de todo o meu percurso formativo.

A nível académico, reconheço que foi exigente a realização deste curso, sobretudo a nível pessoal, familiar e profissional. Contudo, a vontade e necessidade de continuada aprendizagem sei que mais cedo ou mais tarde irá ditar o mote para progredir os estudos na área da enfermagem pediátrica. No entanto, tenho um grande desejo de poder participar em atividades formativas enquanto formador, algo que após este curso sei estar mais capacitado que anteriormente, pelo que irei encetar esforços no sentido de poder ingressar em grupos de formação, sejam eles a nível institucional ou a nível académico.

5.2 Considerações finais

O percurso formativo percorrido foi profícuo em aprendizagens e experiências diversas das que tinha experienciado até hoje, o que me permitiu ter contacto com novas formas de apreciar o binómio criança, jovem e família, e melhorar a minha capacidade de entender as respostas individuais às situações de saúde/doença em diversos contextos.

A revisão da literatura permitiu aprofundar diversas áreas do conhecimento da enfermagem, fortalecendo o conhecimento teórico e tornando mais robusta a fundamentação da atuação enquanto enfermeiro e de enfermeiro especialista, assim como de diversas áreas relacionadas com os diferentes locais de estágio e que me permitiram ter uma visão mais abrangente da intervenção passível de ser realizada pelo EEESIP nesses contextos.

Por outro lado, esta revisão permitiu-me igualmente aprofundar os conhecimentos acerca da SAI e dos cuidados a prestar à criança, jovem e família em risco ou com esta síndrome, tornando a minha intervenção e capacidade de argumentação com a equipa de saúde mais fundamentada, procurando ser um agente de melhoria dos cuidados prestados a estas crianças e famílias.

A determinação da utilização da teoria do conforto de Kolcaba permitiu-me voltar a ter contacto com a parte mais teórica da enfermagem, e aplicar uma teoria diferente das que tinha conhecido até hoje, obrigando-me a mudar a perspetiva para uma perspetiva do conforto, o que não foi difícil uma vez que era um conceito que já utilizava na minha prática diária. Contudo, a apropriação dos conceitos teóricos e a sua aplicação aos contextos e situações foi exigente uma vez que não o realizava frequentemente.

Esta teoria foi assim aplicada à pediatria como já tinha sido aplicada anteriormente, mas neste processo formativo em diversos contextos e permitiu descrever as situações de forma a ser operacionalizável um processo de enfermagem baseado no conforto, e em particular em relação à criança, jovem e família com SAI. Neste contexto concreto a teoria do conforto de Kolcaba permite identificar as experiências da criança, jovem e família com SAI como alterações do seu estado de conforto, quais as intervenções e em que domínios de modo a restabelecer esse estado ou obter um conforto ótimo e quais os tipos de intervenções promotoras do conforto a implementar.

Foram identificadas na revisão da literatura recomendações internacionais para a gestão, prevenção e tratamento da criança com SAI, nas quais se incluem estratégias farmacológicas, não farmacológicas e a utilização de escalas validadas, por forma a garantir um elevado nível de qualidade na prestação de cuidados a estas crianças, minimizando a sua ocorrência e de outros eventos adversos.

As experiências e atividades realizadas contribuíram para a organização e estruturação dum comportamento profissional, numa base fundamentada da ação enquanto EE, e de capacidade de elaborar juízos clínicos em situações complexas, salvaguardando os direitos da criança e família e cumprindo o código deontológico.

Por último, todo o processo de pesquisa e raciocínio crítico conduziu ao desenvolvimento de conhecimento, habilidade e capacidades de pensamento crítico e criativo na análise de situações novas ou complexas, permitindo a mobilização de diversos recursos, sejam eles teóricos ou experienciais, para a obtenção de soluções adequadas às necessidades identificadas. Deste desenvolvimento adquiriu-se também a capacidade de elaborar processos de aprendizagem autodirigidos e em parceria como o projeto de investigação planeado e implementado, procurando identificar novos caminhos de desenvolvimento do conhecimento científico, o que é critério de reconhecimento de competência ao nível de mestrado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Alsop-Shields, L. & Mohay, H. (2001). John Bowlby and James Robertson: theorists, scientists and crusaders for improvements in the care of children in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 50–58.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11442682>
- Amigoni, A., Vettore, E., Brugnolaro, V., Brugnaro, L., Gaffo, D., Masola, M., ... Pettenazzo, A. (2014). High doses of benzodiazepine predict analgesic and sedative drug withdrawal syndrome in paediatric intensive care patients. *Acta Paediatrica*, 103(12), e538–e543. <https://doi.org/10.1111/apa.12777>
- Anand, K. J. S., Willson, D. F., Berger, J., Harrison, R., Meert, K. L., Zimmerman, J., ... Nicholson, C. (2010). Tolerance and Withdrawal From Prolonged Opioid Use in Critically Ill Children. *PEDIATRICS*, 125(5), e1208–e1225.
<https://doi.org/10.1542/peds.2009-0489>
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência*, II (9), 61–67.
- Bailey, D. N. (2009). Caring defined: A comparison and analysis. *International Journal of Human Caring*, 13(1), 16–31. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.13.1.16>
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Batalha, L. M. D. C. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde & Tecnologia, Suplemento*, e16–e21.
<http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/2592>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bennett, M. (2003). Guidelines for sedation of the critically ill child. *Paediatric Nursing*, 15(9), 14–18. <https://doi.org/10.7748/paed2003.11.15.9.14.c666>
- Bergström, A., Håkansson, Å., Warrén Stomberg, M., Bjerså, K., Stomberg, M. W., &

- Bjerså, K. (2018). Comfort Theory in Practice—Nurse Anesthetists' Comfort Measures and Interventions in a Preoperative Context. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(2), 162–171.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.07.004>
- Berube, K. M., Fothergill-Bourbonnais, F., Thomas, M., & Moreau, D. (2014). Parents' Experience of the Transition with their Child from a Pediatric Intensive Care Unit (PICU) to the Hospital Ward: Searching for Comfort Across Transitions. *Journal of Pediatric Nursing*, 29(6), 586–595.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.06.001>
- Best, Kaitlin M, Boullata, J. I., & Curley, M. A. Q. (2015). Risk Factors Associated With Iatrogenic Opioid and Benzodiazepine Withdrawal in Critically Ill Pediatric Patients. *Pediatric Critical Care Medicine*, 16(2), 175–183.
<https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000000306>
- Best, Kaitlin M., Asaro, L. A., Franck, L. S., Wypij, D., & Curley, M. A. Q. (2016). Patterns of Sedation Weaning in Critically Ill Children Recovering From Acute Respiratory Failure*. *Pediatric Critical Care Medicine*, 17(1), 19–29.
<https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000000572>
- Blackwood, B., & Tume, L. (2015). The implausibility of 'usual care' in an open system: sedation and weaning practices in Paediatric Intensive Care Units (PICUs) in the United Kingdom (UK). *Trials*, 16(1), 325.
<https://doi.org/10.1186/s13063-015-0846-3>
- Butler, A., Copnell, B., & Willetts, G. (2014). Family-centred care in the paediatric intensive care unit: An integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15–16), 2086–2100. <https://doi.org/10.1111/jocn.12498>
- Carnevale, F. a, & Gaudreault, J. (2013). The experience of critically ill children: A phenomenological study of discomfort and comfort. *Dynamics*, 24(1), 19–27.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23691718>
- Carper, B. A. (1999). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. In E. C. Polifroni & M. Welch (Eds.), *Perspectives on Philosophy of Science in Nursing: An historical and contemporary anthology* (pp. 12–19). New York: Lippincott Williams & Wilkins.

- Carvalho, A. M., & Begnis, J. G. (2006). Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. *Psicologia Em Estudo*, 11(1), 109–117. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000100013>
- Chandra, M. S., Raman, K., & Katherine, K. (2016). Application of Katharine Kolcaba Comfort Theory in Post Operative Child: Delivering Integrative Comfort Care Intervention by using Theory of Comfort. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 5(6), 1714–1720. <https://doi.org/10.21275/v5i6.NOV164670>
- Chittaluri, V., & Rani, S. R. (2017). Effectiveness of Breast Feeding on Pain Perception During Vaccination among Infants. *International Journal of Nursing Education*, 9(2), 52–56. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2017.00035.6>
- Clarke, D. (2012). Introduction to children's intensive care. In M. Dixon & D. Crawford (Eds.), *Paediatric Intensive Care Nursing* (pp. 1–10). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Cohen, J. A. (1991). Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing*, 16(8), 899–909. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01794.x>
- Colville, G., Darkins, J., Hesketh, J., Bennett, V., Alcock, J., & Noyes, J. (2009). The impact on parents of a child's admission to intensive care: Integration of qualitative findings from a cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(2), 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2008.10.002>
- Constituição da República Portuguesa. Assembleia Constituinte. *Diário da República*, I Série (N.º 86 de 10-04-1976).
- Costa, J. dos S. (2016). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium*, pp. 234–251. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=&AN=edsdoj.f13eb043d6b74338ba06735a877a2a19&site=eds-live>
- Coughlin, M. (2017). Trauma-informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. *Infant*, 13(5), 176–179. http://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_077_eur.pdf
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>

- Crawford, D., & Dixon, M. (2012). Management of Pain and Sedation in Intensive Care. In M. Dixon & D. Crawford (Eds.), *Paediatric Intensive Care Nursing* (pp. 318–337). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Crawford, D., & McNee, P. (2012). Care of the family. In M. Dixon & D. Crawford (Eds.), *Paediatric Intensive Care Nursing* (pp. 361–369). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Cunliffe, M., McArthur, L., & Dooley, F. (2004). Managing sedation withdrawal in children who undergo prolonged PICU admission after discharge to the ward. *Pediatric Anesthesia*, 14(4), 293–298. <https://doi.org/10.1046/j.1460-9592.2003.01219.x>
- Curado, M. A. S., Malheiro, M. I. C., Paixão, M. J. G., Vasconcellos, M. T., Gonçalves, D. C., & Carreira, F. G. (2016). Posicionamentos associados a procedimentos em pediatria. In M. J. Lourenço, Ó. Ferreira, & C. L. Baixinho (Eds.), *Terapêutica de Posição - Contributo para um cuidado de saúde seguro* (pp. 255–277). Loures: Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.
- Curado, M. A., Neto, C., & Van der Kooij, R. (2003). Comportamento Lúdico da criança portadora de Trissomia 21. In C. Neto (Ed.), *Jogo & Desenvolvimento da Criança* (pp. 83–98). Cruz Quebrada: FMH-UTL.
- Curley, M. A. Q., Wypij, D., Watson, R. S., Grant, M. J. C., Asaro, L. A., Cheifetz, I. M., ... Matthay, M. A. (2015). Protocolized sedation vs usual care in pediatric patients mechanically ventilated for acute respiratory failure. *Jama*, 313(4), 379–389. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.18399>
- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R., & Van, C. (2016). Models of Care Delivery for Families of Critically Ill Children: An Integrative Review of International Literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), 330–341. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.009>
- Cwynar, C. M., & Osborne, K. (2019). Immunization-Associated Pain: Taking Research to the Bedside. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(4), 446–454. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.12.004>
- Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., ... Curtis, J. R. (2017). Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal,

Pediatric, and Adult ICU. *Critical Care Medicine*, 45(1), 103–128.

<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>

Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República*, I Série (N.º 157 de 16-08-2018), 4147-4182. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>.

Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, I Série-A (N.º 60 de 24-03-2006), 2242-2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47.

Direcção-Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde No 09. A dor como 5º sinal vital*. Lisboa: DGS.

Direcção-Geral Da Saúde. (2010). *Orientação da Direcção-Geral da Saúde No 014. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: DGS.

Direcção-Geral da Saúde. (2012). *Orientação da Direcção-Geral da Saúde No 022. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: DGS.

Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Norma da Direcção-Geral da Saúde No 010. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.

Direcção-Geral da Saúde. (2016). *Norma da Direcção-Geral da Saúde No 016. Programa Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa: DGS.

Dorfman, T. L., Sumamo Schellenberg, E., Rempel, G. R., Scott, S. D., & Hartling, L. (2014). An evaluation of instruments for scoring physiological and behavioral cues of pain, non-pain related distress, and adequacy of analgesia and sedation in pediatric mechanically ventilated patients: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(4), 654–676.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.009>

Farias, J. A., Frutos, F., Esteban, A., Flores, J. C., Retta, A., Baltodano, A., ...

- Johnson, M. (2004). What is the daily practice of mechanical ventilation in pediatric intensive care units? A multicenter study. *Intensive Care Medicine*, 30(5), 918–925. <https://doi.org/10.1007/s00134-004-2225-5>
- Fisher, D. (2012). *Opioid withdrawal signs and symptoms in the pediatric patient during opioid tapering*. (Tese de Douturamento) Disponível em: <http://scholarscompass.vcu.edu/etd/2719>
- Franck, L. S., Naughton, I., & Winter, I. (2004). Opioid and benzodiazepine withdrawal symptoms in paediatric intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20(6), 344–351. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2004.07.008>
- Franck, L. S., Scoppettuolo, L. A., Wypij, D., & Curley, M. A. Q. (2012). Validity and generalizability of the Withdrawal Assessment Tool-1 (WAT-1) for monitoring iatrogenic withdrawal syndrome in pediatric patients. *Pain*, 153(1), 142–148. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.10.003>
- Galinkin, J., & Koh, J. L. (2014). Recognition and Management of Iatrogenically Induced Opioid Dependence and Withdrawal in Children. *PEDIATRICS*, 133(1), 152–155. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3398>
- Gates, A., Shave, K., Featherstone, R., Buckreus, K., Ali, S., Scott, S. D., & Hartling, L. (2018). Procedural Pain: Systematic Review of Parent Experiences and Information Needs. *Clinical Pediatrics*, 57(6), 672–688. <https://doi.org/10.1177/0009922817733694>
- Grant, M. J. C., Balas, M. C., & Curley, M. A. Q. (2013). Defining sedation-related adverse events in the pediatric intensive care unit. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 42(3), 171–176. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.02.004>
- Grap, M. J., Pickler, R. H., & Munro, C. (2006). Observation of behavior in sedated, mechanically ventilated children. *Pediatric Nursing*, 32(3), 216–220. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=106326900&site=ehost-live>
- Guttormson, J. L., Chlan, L., Weinert, C., & Savik, K. (2010). Factors influencing nurse sedation practices with mechanically ventilated patients: A U.S. national survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(1), 44–50.

<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.10.004>

Harris, J., Ramelet, A.-S., van Dijk, M., Pokorna, P., Wielenga, J., Tume, L., ... Ista, E. (2016). Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals. *Intensive Care Medicine*, 42(6), 972–986.
<https://doi.org/10.1007/s00134-016-4344-1>

Harrison, D., Reszel, J., Bueno, M., Sampson, M., Shah, V. S., Taddio, A., ... Turner, L. (2016). Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), 1–53.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011248.pub2>

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem - Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2018). Perspectives of Pediatric Nursing. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed., p. 1424). St Louis: Elsevier - Health Sciences Division.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2018). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). St Louis: Elsevier - Health Sciences Division.

Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals - how to get started*. Bethesda: IPFCC https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf

Instituto de Apoio à Criança. (2009). Carta da Criança Hospitalizada. Lisboa: IAC https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2020/06/carta_crianca_hospitalizada.pdf

Ista, E. (2008). *Comfortably Calm - Soothing Sedation of Critically Ill Children Without Withdrawal Symptoms*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.

Ista, E., van Dijk, M., Gamel, C., Tibboel, D., & de Hoog, M. (2008). Withdrawal symptoms in critically ill children after long-term administration of sedatives and/or analgesics: A first evaluation*. *Critical Care Medicine*, 36(8), 2427–2432.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318181600d>

Jolley, J., & Shields, L. (2009). The Evolution of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(2), 164–170. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.03.010>

- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança - (Re)Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Kolcaba, K. (1992). Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, Vol. 15, pp. 1–10.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic Comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178–1184.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86–92.
<https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>
- Kolcaba, K. Y. (1995). The Art of Comfort Care. Image: *The Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), 287–289. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1995.tb00889.x>
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187–194.
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1301–1310.
- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort Theory A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment. *The Journal of Nursing Administration*, 36(11), 538–544. <https://doi.org/10.1097/00005110-200611000-00010>
- Krinsky, R., Murillo, I., & Johnson, J. (2014). A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. *Applied Nursing Research*, 27(2), 147–150. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.02.004>
- Larcher, V. (2015). Children Are Not Small Adults: Significance of Biological and Cognitive Development in Medical Practice. In T. Schramme & S. Edwards (Eds.), *Handbook of the Philosophy of Medicine* (pp. 1–23).
https://doi.org/10.1007/978-94-017-8706-2_16-1
- Lopes, M. J. (1999). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e implicações* (2a ed). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Malinowski, A., & Stamler, L. L. (2002). Comfort: exploration of the concept in

- nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 599–606.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02329.x>
- Mano, M. J. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 53–61.
- March, A., & McCormack, D. (2009). Modifying Kolcaba's Comfort Theory as an Institution-Wide Approach. *Holistic Nursing Practice*, 23(2), 75–80.
- McIlveen, K. H., & Morse, J. M. (1995). The Role of Comfort in Nursing Care: 1900-1980. *Clinical Nursing Research*, 4(2), 127–148.
- Mendes, M., & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III (6), 113–121. <https://doi.org/10.12707/RIII1144>
- Montirosso, R., Tronick, E., & Borgatti, R. (2017). Promoting Neuroprotective Care in Neonatal Intensive Care Units and Preterm Infant Development: Insights From the Neonatal Adequate Care for Quality of Life Study. *Child Development Perspectives*, 11(1), 9–15. <https://doi.org/10.1111/cdep.12208>
- Morse, J. M. (1997). Conceptualizing a theory of comfort. *Journal of Interdisciplinary Health Sciences*, 2(2), 3–9. <https://doi.org/10.4102/hsag.v2i2.292>
- Neunhoeffter, F., Kumpf, M., Renk, H., Hanelt, M., Berneck, N., Bosk, A., ... Hofbeck, M. (2015). Nurse-driven pediatric analgesia and sedation protocol reduces withdrawal symptoms in critically ill medical pediatric patients. *Pediatric Anesthesia*, 25(8), 786–794. <https://doi.org/10.1111/pan.12649>
- Newman, M. A., Sime, A. M., & Corcoran-Perry, S. A. (1999). The Focus of the Discipline of Nursing. In E. C. Polifroni & M. Welch (Eds.), *Perspectives on Philosophy of Science in Nursing: An historical and contemporary anthology* (pp. 20–24). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Newman, M. A., Smith, M. C., Pharris, M. D., & Jones, D. (2008). The focus of the disciple revisited. *Advances in Nursing Science*, 31(1), E16–E27.
- Oliveira, C. S. De. (2013). Conforto e Bem-estar enquanto Conceitos em Uso em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 17(2), 2–8.

- Oliveira, C. S. de & Lopes, M. J. (2010). Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 67–74.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.), *Cadernos OE*. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.), *Cadernos OE*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.), *Cadernos OE*. Lisboa: OE.
- Power, N., & Franck, L. (2008). Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 62(6), 622–641. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04643.x>
- Queluci, G. de C., & Figueiredo, N. M. A. de. (2010). Sobre as situações de enfermagem e seus graus de complexidade menor, média e maior - na prática assistencial hospitalar. *Escola Anna Nery*, 14(1), 171–176. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452010000100025>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento n.º 351/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 119 de 22-06-2015), 16660-16665.
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (No 133 de 12-07-2018), 19192-

19194.

- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (2001). *O Modelo de Enfermagem Roper - Logan -Tierney*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1–38.
- Serrano, A., Mendes, M. J., & Negrão, F. (2013). *Consenso Clínico - “RN de mãe toxicodependente”*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neonatologia
https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-RN_de_mae_toxicodependente.pdf
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III (3), 15–23. <https://doi.org/10.12707/RIII1019>
- Shields, L., Zhou, H., Pratt, J., Taylor, M., Hunter, J., & Pascoe, E. (2012). *Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 years (Review)*. (10), 1–13. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004811.pub3>.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Unicef. (2004). A Convenção sobre os Direitos da Criança.
https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Vet, N. J., Ista, E., de Wildt, S. N., van Dijk, M., Tibboel, D., & de Hoog, M. (2013). Optimal sedation in pediatric intensive care patients: a systematic review. *Intensive Care Medicine*, 39(9), 1524–1534. <https://doi.org/10.1007/s00134-013-2971-3>
- Ward, S. L., & Hisley, S. M. (2011). Caring for the Developing Child. In *Maternal-Child Nursing Care: Optimizing Outcomes for Mothers, Children & Families* (pp. 641–664). F.A. Davis Company.
- Wensley, C., Botti, M., McKillop, A., & Merry, A. F. (2017). A framework of comfort for practice: An integrative review identifying the multiple influences on patients' experience of comfort in healthcare settings. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(2), 151–162. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw158>

- Williamson, K. (2012). Running head: COMFORT THEORY 1 Comfort Theory: A Guide for Practice of Neonatal Nursing. East Carolina University.
<https://pdfs.semanticscholar.org/62b0/98d0cdfc1ac61b155336995bfe2a0101c705.pdf>
- Wilson, L., & Kolcaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 19(3), 164–173.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2004.03.006>
- World Health Organization. (2015). Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper - September 2015. *Weekly Epidemiological Record*, 39, 975–982.

ANEXO I – ESCALA *WITHDRAWAL ASSESSMENT TOOL* (WAT-1)

© 2007 L.S. Franck and M.A.Q. Curley. All Right reserved. (Tradução para o português com autorização dos autores, R. Novelli e A. Fernandes 2013).

Nome:																			
Prontuário:																			
	Data																		
	Hora																		
Informações das últimas 12 horas																			
Diarreia	não=0 sim=1																		
Vômito/náuseas/regurgitações	não=0 sim=1																		
Temperatura > 37.8°C	não=0 sim=1																		
Observação por dois minutos antes do estímulo																			
Estado comportamental	SBS ¹ ≤ 0 ou adormecido/acordado calmo=0 SBS ¹ > +1 ou acordado agitado=1																		
Tremor:	nenhum/leve=0 moderado/intenso=1																		
Sudorese:	não=0 sim=1																		
Movimentos descoordenados/repetitivos:	nenhum/leves=0 moderados/graves=1																		
Bocejos/Espirros:	≤ 1=0 ≥ 2=1																		
Observação de um minuto durante estímulo																			
Reação ao estímulo tátil:	Nenhuma/leve=0 moderada/intensa=1																		
Tônus muscular:	normal=0 aumentado=1																		
Recuperação após estímulo																			
Tempo para retornar a tranquilidade:	<2 minutos=0 2-5 minutos=1 >5 minutos=2																		
Pontuação total WAT-1 (0-12)																			

WITHDRAWAL ASSESSMENT TOOL (WAT - 1) INSTRUÇÕES

- Inicia-se a aplicação da escala WAT-1 no primeiro dia de desmame, nos pacientes que tenham recebido infusões ou bolus regulares de opioides e/ou benzodiazepínicos por um período prolongado (p.e. ≥ 5 dias). Permanecer avaliando duas vezes ao dia até 72h após a última dose dos medicamentos.
- A Withdrawal Assessment Tool (WAT-1) deve ser realizada em simultâneo com a SBS¹ pelo menos uma vez a cada 12 horas (ex. às 8:00 e às 20:00 \pm 2). O estímulo progressivo usado na avaliação da SBS¹ fornece um estímulo padrão para observar os sinais de abstinência.

Checar informações no prontuário das últimas 12h (pode ser feito antes ou depois do estímulo):

- ✓ **Diarreia:** Pontuar 1 se nas últimas 12 horas houver documentação de ao menos 1 episódio; se não, pontuar 0.
- ✓ **Vômitos/náuseas/regurgitações:** Pontuar 1 se nas últimas 12 horas houver documentação de ao menos 1 episódio; se não, pontuar 0.
- ✓ **Temperatura > 37,8°C:** Pontuar 1 se a moda (valor mais frequente) da temperatura documentada nas últimas 12 horas for superior a 37,8; se não, pontuar 0.

Observação de dois minutos pré-estímulo:

- ✓ **Estado comportamental:** Pontuar 1 se acordado e agitado ($SBS^1: \geq +1$) durante os dois minutos antes do estímulo; 0 se adormecido ou acordado e calmo ($SBS^1 \leq 0$).
- ✓ **Tremor:** Pontuar 1 se tremor moderado ou intenso durante os dois minutos antes do estímulo; 0 se ausente ou leve/intermitente.
- ✓ **Sudorese:** Pontuar 1 se presente durante os dois minutos antes do estímulo; 0 se ausente.
- ✓ **Movimentos descoordenados ou repetitivos:** Pontuar 1 se estiverem presentes movimentos tipo virar a cabeça, agitação dos braços ou pernas, opistótono/arqueamento do tronco; 0 se não estiverem presentes movimentos descoordenados/repetitivos ou se forem leves.
- ✓ **Bocejos/espíros:** Pontuar 1 se presentes em número ≥ 2 no período de observação; 0 se ausente ou somente 1.

Observação de um minuto durante o estímulo:

- ✓ **Reação ao estímulo tátil:** Pontuar 1 se sobresalto moderado ou intenso; 0 se ausente ou leve.

Recuperação após o estímulo:

- ✓ **Tempo para retornar a tranquilidade** ($SBS^1 \leq 0$): Pontuar 2 se >5 minutos, 1 se entre 2 e 5 minutos; 0 se <2 minutos.

Somar os 11 números das colunas para obter a pontuação total WAT-1 (0-12).

**ANEXO II – ESCALA SOPHIA OBSERVATION WITHDRAWAL
SYMPTOMS-SCALE AND DELIRIUM (SOS-PD)**

Comfort assessment

Escale SOS-PD

Sophia Observation withdrawal Symptoms-scale and Delirium

Avaliação 1

Data/hora 1

Observador

Avaliação 2

Data/hora 2

Observador

Etiqueta com o nome do paciente

Passo 1a - Abstinência

Frequência cardíaca /min /min

Frequência respiratória /min /min

Frequência cardíaca basal /min /min

Frequência respiratória basal /min /min

Esclarecimento

Insira a maior frequência registrada nas últimas 4 horas; caso não disponível, leia o monitor ou sintia o pulso.

Insira a maior frequência registrada nas últimas 4 horas; caso não disponível, leia o monitor ou conte a respiração.

O valor basal é o valor médio das últimas 24 horas.

O valor basal é o valor médio das últimas 24 horas.

Passo 1b - Delirium*

Os pais não reconhecem o comportamento do filho

1 ☐ * 2 ☐ *

Marque se a resposta for verdadeira

Os pais percebem o comportamento da criança como muito diferente ou irreconhecível em comparação ao que eles estão acostumados quando a criança está doente ou internada; "este não é meu filho".

Passo 2

Abstinência Delirium

1 2 1 2

Taquicardia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			A frequência cardíaca excede o valor basal em $\geq 15\%$.
Taquipneia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			A frequência respiratória excede o valor basal em $\geq 15\%$.
Febre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			A temperatura excede $38,4^{\circ}\text{C}$ no momento ou nas últimas 4 horas.
Sudorese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sem razão aparente.
Agitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ex.: irritado, inquieto, agitado, tateando arrancar cateteres, acessos venosos, sondas gástricas etc.
Ansiedade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A criança apresenta expressão facial de ansiedade (olhos arregalados, sobrancelhas tensas e levantadas). O comportamento varia do pânico à apatia.
Tremores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tremendo, movimentos rítmicos sustentados e involuntários das mãos e/ou dos pés.
Distúrbio motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movimentos involuntários de braços e/ou pernas, pequenas contrações musculares.
Tensão muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Punhos e dedos dos pés cerrados e/ou ombros curvados. Ou: posição anormal da cabeça dos braços ou das pernas causada por tensão muscular.
Atenção			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se você (profissional de saúde) ou os pais não conseguem atrair nem manter a atenção da criança. A criança está alheia ao ambiente, vivendo em "seu próprio mundo". Apática.
Ações propositadas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se a criança tem dificuldade em fazer coisas que, normalmente, não seria um problema; ex.: não consegue pegar a chupeta ou um brinquedo.
Sem contato visual			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pouco ou nenhum contato visual com os pais ou responsáveis..
Choro inconsolável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inconsolável (recusa alimentos, chupeta ou não está querendo brincar). Pontue fácies de choro em crianças ventiladas como choro inconsolável.
Caretas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sobrancelhas contraídas e rebaixadas. Sulco nasolabial evidente.
Insônia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A criança não consegue estender o sono por mais de 1 hora por vez; períodos de sono de curta duração.
Alucinações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	A criança parece ver, ouvir ou sentir coisas que não estão presentes.
Desorientação			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apenas para crianças >5 anos. A criança não sabe se é manhã, tarde ou noite, não tem consciência de onde está, não reconhece a família ou os amigos.
Fala			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se a fala é incompreensível, sem clareza ou se a criança não consegue contar uma história coerente (não apropriada para a idade).
Início agudo dos sintomas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mudança aguda de sintomas em comparação ao período anterior à admissão hospitalar.
Flutuações			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A ocorrência dos sintomas varia profundamente nas últimas 24 horas.
Vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Pelo menos 1 episódio nas últimas 4 horas.
Diarreia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Pelo menos 1 episódio nas últimas 4 horas.

Score total

Escore SOS ☐ ☐

Escore PD* ☐ ☐

Escore de abstinência (a pontuação máxima é 15). Conte os itens marcados.

Escore de delirium (a pontuação máxima é 16/17). Conte os itens marcados.

* Consulte um psiquiatra infantil se o passo 1 for positivo E/OU a pontuação do passo 2 é ≥ 4 ou o sintoma alucinação * for positivo.

Por favor, veja mais instruções no verso.

© Copyright Portuguese version: E. Ista and M. van Dijk - version October 2014. Do not reproduce without permission. Tradução: Roberta Esteves Meira de Castro, Juliana Patrícia Chaves de Almeida e Carolina da Cunha Sousa

Fonte: <http://www.comfortassessment.nl/web/index.php/instruments/sos-pediatric-delirium-sos-pd/>

**ANEXO III – ESCALA *FINNEGAN NEONATAL ABSTINENCE*
*SCORING SYSTEM (FNASS)***

Sistema	Sinais e sintomas	Pontos						Peso diário
	Data	Hora						
Sistema nervoso central	Choro gritado<5mn	1						
	Choro gritado>5mn	2						
	<3h sono após refeição	1						
	<2h após refeição	2						
	<1h após refeição	3						
	Moro aumentado	2						
	Moro muito aumentado	3						
	Tremor ligeiro c/ estímulo	1						
	Tremor moderado/grave c/ estímulo	2						
	Tônus muscular aumentado	2						
	Escoriações (face, joelho, cotovelos, dedos)	1						
	Movimentos mioclônicos	3						
	Convulsões	5						
Distúrbios vasomotores respiratórios	Sudação	1						
	Hipertermia >37,2°C <38,2°C	1						
	Hipertermia >38,4°C	2						
	Bocejos frequentes (>3-4/intervalo)	1						
	Exantema	1						
	Obstrução nasal	1						
	Espiros frequentes (>3-4/intervalo)	1						
	Frequência respiratória>60	1						
	Frequência respiratória>60 + tiragem	2						
Distúrbios gastrointestinais	Adejo nasal	2						
	Sução excessiva	1						
	Recusa alimentar	2						
	Regurgitação	2						
	Vômitos em jacto	3						
	Fezes moles	2						
	Diarreia aquosa	3						
	Pontuação total							

Fonte: Serrano, Mendes e Negrão (2013, p. 10)

**ANEXO IV – MATRIZ TAXONÓMICA DE AVALIAÇÃO DE
NECESSIDADES DE KOLCABA**

Matriz de Necessidades		Dimensão Um		
		Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Dimensão Dois	Físicas			
	Psicoespirituais			
	Ambientais			
	Sociais			

Dimensão Um

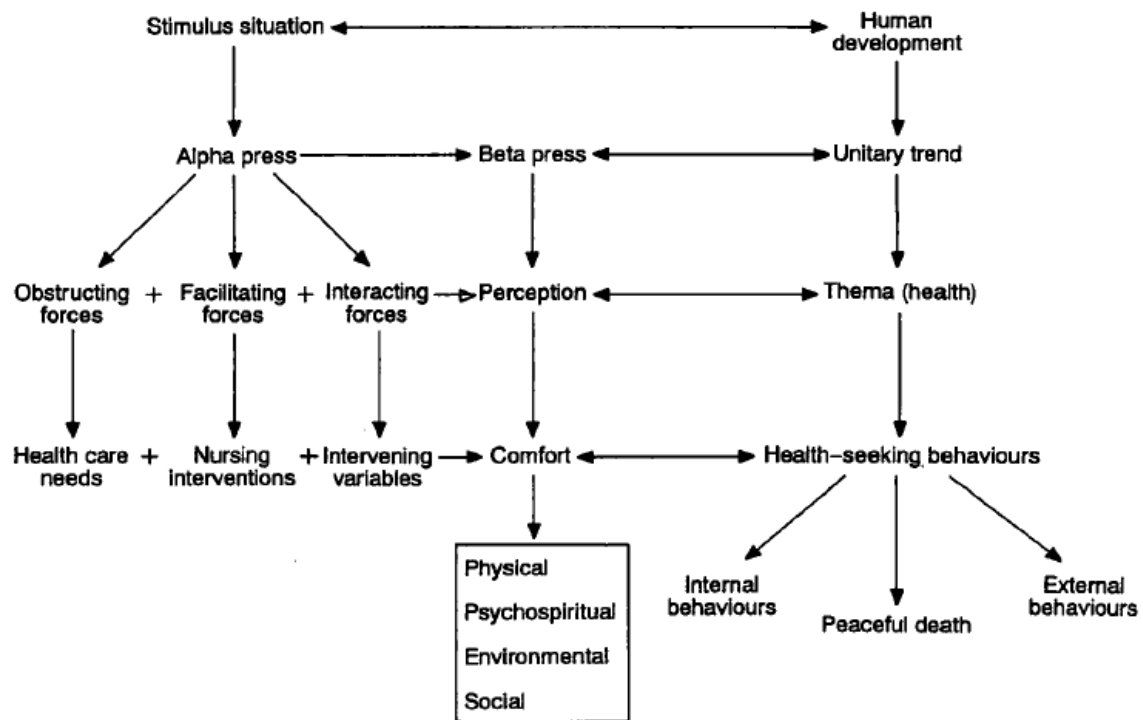
Alívio	O estado ou experiência de satisfação de uma necessidade de conforto específica
Tranquilidade	Um estado de calma, sossego, contentamento ou satisfação
Transcendência	O estado no qual é possível superar problemas ou dor

Dimensão Dois

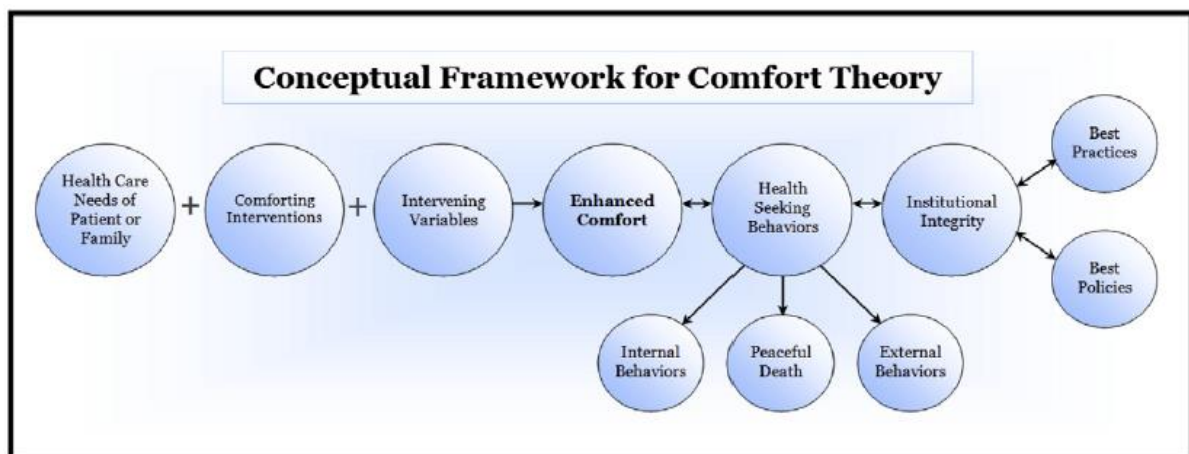
Físico	Sensações corporais e processos homeostáticos
Psicoespiritual	Percepção do próprio (autoestima, autoconceito, sexualidade, projeto de vida, religião)
Social	Relações interpessoais, família, e papéis sociais, tradições e práticas
Ambiental	Condições externas envolventes (luminosidade, som, cor, temperatura, odor, objetos sintéticos/naturais)

Fonte: Kolcaba (1992)

ANEXO V – TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA



Fonte: Kolcaba (1994, p. 1181)



Fonte: Krinsky et al. (2014, p. 148)

**ANEXO VI – PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DO
EEESIP À CRIANÇA, JOVEM E FAMÍLIA COM SAI**

Satisfação do cliente	<p>A empatia no estabelecimento de uma comunicação com a criança/jovem, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis;</p> <p>Estabelecimento de uma parceria com vista ao envolvimento, participação/parceria nos cuidados, capacitação e negociação;</p> <p>Atividades que visem minimizar o impacto dos fatores stressores relacionados com a experiência da hospitalização;</p> <p>A facilitação de uma comunicação expressiva de emoções.</p>
Promoção da saúde	<p>A criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde;</p>
Prevenção de complicações	<p>Identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico;</p> <p>Prescrição das intervenções de enfermagem, face aos problemas potenciais identificados;</p> <p>Implementação das intervenções de enfermagem, que visem a mobilização de conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória;</p>

Bem-estar e autocuidado	<p>A implementação de intervenções que contribuam para o aumento do bem-estar da criança/jovem;</p> <p>A implementação de intervenções que contribuam para a promoção das competências do RN no âmbito do seu comportamento interativo;</p> <p>A implementação de intervenções que contribuam para a promoção do contacto físico dos pais com o RN;</p> <p>A implementação de intervenções que contribuam para a promoção das competências parentais;</p> <p>A implementação de intervenções que contribuam para o conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais junto das crianças/jovens, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença;</p> <p>A prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados: gestão da dor (medidas farmacológicas e não farmacológicas no combate à dor);</p> <p>Implementação das intervenções de enfermagem, que visem a aplicação de conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem;</p> <p>Implementação das intervenções de enfermagem, que visem a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor;</p> <p>O rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, que visem a avaliação do desenvolvimento da parentalidade;</p>
Organização dos cuidados	<p>A existência de um quadro referência orientador para o estabelecimento de cuidados centrados na família enquanto recurso para a criança/jovem;</p> <p>A existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore as necessidades de cuidados de enfermagem da criança/jovem, intervenções de enfermagem e resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pela criança/jovem;</p>

A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem por enfermeiro de referência (gestor de caso);

**APÊNDICE I – DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES E
RESULTADOS ESPERADOS**

Desenvolver competências comuns e específicas de EESCJ, para a prestação de cuidados à criança/jovem e família nos processos de desenvolvimento, saúde-doença e situacionais, nos diversos contextos de atendimento à criança.

Objetivos Específicos	Atividades	Duração/ Contexto	Recursos	Resultados	Competências
Caracterizar os contextos de estágio relativamente à sua estrutura e organização	Identificação da missão, objetivos e valores da instituição e população abrangida Identificação da constituição da equipa de saúde Apreciação do espaço físico quanto à adequabilidade à prestação de cuidados à criança e família e informação disponibilizada ao público Consulta de documentos orientadores da assistência ao cliente, em especial a criança e família Elaboração de guião de entrevista Entrevista ao Enfermeiro Chefe/EESCJ	23/09/2019 A 07/02/2020 Todos os contextos	Organigrama institucional e do serviço Manuais, normas e procedimentos do serviço; Legislação relacionada; Guião de entrevista; Enfermeiro Chefe/EESCJ	Descreve os contextos de estágio quanto à estrutura e organização, em particular no âmbito da intervenção especializada Elabora guião de entrevista Reflete criticamente sobre a adequabilidade do contexto para a prestação de cuidados à criança e família	
Analisar as práticas do EESCJ em situações de saúde e doença nos diversos contextos	Revisão de literatura relativamente a boas práticas aplicáveis em cada contexto Observação da atuação do EESCJ Reflexão na ação do EESCJ Identificação de boas práticas utilizadas Apreciação da comunicação oral e escrita do EESCJ para a continuidade dos cuidados Reflexão crítica sobre as práticas identificadas	23/09/2019 A 07/02/2020 Todos os contextos	Bases de dados <i>on-line</i> ; Biblioteca; EESCJ; Ciclo reflexivo de Gibbs	Descreve momentos de intervenção de prática especializada Identifica boas práticas utilizadas Descreve o impacto na continuidade de cuidados da comunicação do EESCJ Realiza uma reflexão das práticas em cada contexto	A2, D1, D2
Colaborar na prestação de cuidados à criança/jovem e família, com foco na promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento,	Revisão da literatura relacionada com o desenvolvimento infantil e sua avaliação Planeamento de intervenções à criança e família no âmbito da intervenção especializada Implementação das intervenções delineadas	23/09/2019 A 07/02/2020	Bases de dados <i>on-line</i> ; Biblioteca; EESCJ/Docente orientador; Ciclo reflexivo de Gibbs;	Descreve momentos de intervenção de prática especializada Realiza uma reflexão sobre as experiências e aprendizagens realizadas em cada contexto	E1, E2, E3, A1, B3, C1, C2, D1, D2

e da promoção da parentalidade	<p>Avaliação do desenvolvimento infantil e orientação antecipatória para a sua maximização (USF)</p> <p>Promoção da participação da criança e família nos processos de cuidar (Todos os contextos)</p> <p>Capacitação da criança e família para a gestão dos processos de saúde-doença (Todos os contextos)</p> <p>Suporte do envolvimento parental e da parentalidade (Todos os contextos)</p> <p>Gestão da dor e desconforto através de medidas farmacológicas e não farmacológicas (Todos os contextos)</p> <p>Comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento e cultura (Todos os contextos)</p> <p>Identificação de situações de risco e encaminhamento (Todos os contextos)</p> <p>Reflexão com o EESCJ relativamente ao nível de desempenho atingido e apropriação de competências especializadas</p> <p>Reflexão individual sobre experiências de aprendizagem</p>	<p>02/12/2019 a 20/12/2019</p> <p>23/09/2019 a 07/02/2020</p> <p>23/09/2019 a 07/02/2020</p> <p>23/09/2019 a 07/02/2020</p> <p>23/09/2019 a 07/02/2020</p> <p>23/09/2019 a 07/02/2020</p> <p>23/09/2019 a 07/02/2020</p> <p>23/09/2019 a 07/02/2020</p>	<p>Escala de desenvolvimento de Mary Sheridan/Schedule of Growing Skills II.</p>		
Colaborar no desenvolvimento de planos/estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados	<p>Elaboração de guião de entrevista</p> <p>Realização de entrevista ao Enfermeiro Chefe/EESCJ</p> <p>Identificação dos projetos de melhoria na área da criança em curso e diagnósticos de necessidades realizados</p> <p>Participar no desenvolvimento/implementação dos projetos</p> <p>Análise das práticas de EESCJ</p> <p>Reflexão com o EESCJ e docente orientador relativamente ao desenvolvimento pessoal e profissional atingido</p> <p>Reflexão individual sobre experiências de aprendizagem</p>	<p>23/09/2019 A 07/02/2020</p> <p>Todos os contextos</p>	<p>Guião de entrevista;</p> <p>Enfermeiro Chefe/EESCJ;</p> <p>Sala de Reuniões;</p> <p>Ciclo reflexivo de Gibbs.</p>	<p>Realiza uma reflexão sobre as experiências e aprendizagens realizadas em cada contexto</p>	<p>B1, B2, D2</p>

Desenvolver competências para a prestação de cuidados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade, com foco na gestão do conforto nas diversas etapas de desenvolvimento, em diferentes contextos de atendimento à criança

Objetivos Específicos	Atividades	Duração/ Contexto	Recursos	Resultados	Competências
Analisar métodos e estratégias de promoção do conforto da criança e família utilizados nos diversos contextos	Revisão de literatura relativamente a métodos e estratégias promotoras do conforto aplicáveis em cada contexto Observação da atuação do EESCJ Identificar aspetos promotores ou inibidores do conforto nos diversos contextos Identificação de estratégias promotoras do conforto utilizadas em diversas situações: Vacinação (USF) Neonato grande prematuro/muito baixo peso (UCIN) Situação de urgência/risco de vida (SUP) Procedimentos invasivos dolorosos e procedimentos não dolorosos (Todos) Ventilação mecânica (UCIN e UCIP) Síndrome de abstinência (UCIN, UCIP e PED) Gerir o conforto na prática de cuidados Reflexão crítica sobre as estratégias identificadas e implementadas	23/09/2019 a 07/02/2020 Todos os contextos 02/12/2019 a 20/12/2019 06/01/2020 a 24/01/2020 28/10/2019 a 15/11/2019 23/09/2019 a 07/02/2020 23/09/2019 a 07/02/2020 23/09/2019 a 07/02/2020 23/09/2019 a 07/02/2020	Bases de dados on-line; Biblioteca; EESCJ/Docente orientador; Ciclo reflexivo de Gibbs; Crianças com casos clínicos e necessidades de saúde relacionadas com as situações identificadas.	Descreve momentos de intervenção de prática especializada Realiza uma reflexão das práticas implementadas para a promoção do conforto quanto à sua eficácia e adequação em relação à evidência científica Elabora grelha de avaliação do conforto da criança em cada situação, de acordo com a teoria, Reflete sobre as experiências e aprendizagens realizadas em cada contexto	A2, D1, D2
	Revisão da literatura: Promoção do conforto na criança e família Intervenções de enfermagem promotoras do conforto Síndrome de abstinência em crianças ventiladas mecanicamente	23/09/2019 A 18/10/2019 06/01/2020 a 07/02/2020	Bases de dados on-line; Biblioteca; EESCJ/Docente orientador; Ciclo reflexivo de Gibbs.	Realiza uma reflexão sobre os conhecimentos adquiridos e impacto na melhoria dos cuidados Realiza uma reflexão sobre os aspetos facilitadores e barreiras	D2

Identificar métodos e instrumentos de avaliação da síndrome de abstinência em crianças ventiladas mecanicamente, sujeitas a analgesia e sedação em UCIP	Intervenções de enfermagem na gestão da síndrome de abstinência			à implementação de mudança de práticas	
	Reflexão com o EESCJ e docente orientador relativamente à implementação das intervenções identificadas nos contextos				
	Elaboração de um Questionário e obtenção de autorizações para a sua realização	23/09/2019 a 22/11/2019	Bases de dados on-line; Biblioteca; Enfermeiro Chefe/EESCJ/Docente orientador; Comissão de Ética; Sala de Reuniões.	Conclui Questionário	B1, B2, D2
	Aplicação do questionário à população definida	25/11/2019 a 20/12/2019		Conclui planeamento de sessão	
	Realização de sessão de informação e reflexão sobre os resultados obtidos no questionário (UCIN e UCIP)	13/01/2020 a 07/02/2020		Realiza sessão de informação/formação	
	Reflexão com o Enfermeiro Chefe/EESCJ acerca dos resultados atingidos e desempenho na sessão	20/01/2020 a 07/02/2020		Elabora artigo científico para apresentação de resultados do questionário	
	Elaboração de artigo científico de apresentação dos resultados obtidos no questionário	06/01/2020 a 07/02/2020			

APÊNDICE II – CRONOGRAMA

Mês	Set		Out				Nov				Dez				Jan				Fev		
Dias	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	6	13	20	27	3		
	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20		3	10	17	24	31	7	
Locais de Estágio																					
UCI Neonatologia																					
Urgência Pediátrica																					
UCI Pediatria																					
Unidade Saúde Familiar																					
Centro Reabilitação																					
Internamento Pediatria																					

Ensino Clínico	
Férias Escolares	

APÊNDICE III – GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

10º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Promoção do conforto ao cliente pediátrico: intervenções de enfermagem à criança com síndrome de abstinência iatrogénica

Carlos Alberto de Melo da Silva Monteiro, Aluno nº 7332

Orientadora: Prof.^a Maria Alice dos Santos Curado

Local de Estágio:

Lisboa, Mês do Ano

Identificação do projeto

Título:

Promoção do conforto ao cliente pediátrico: intervenções de enfermagem à criança com síndrome de abstinência iatrogénica

Data do início:

XX de Mês de XXXX

Duração:

18 semanas (término a 7 de Fevereiro de 2020)

Período de realização:

XX de Mês de XXXX a XX de Mês de XXXX

Palavras-chave:

conforto, criança, enfermagem, síndrome de abstinência iatrogénica

Nota introdutória

No âmbito da unidade curricular Opção II e inserido no plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, foi proposta a realização de um trabalho utilizando a metodologia do trabalho de projeto, que viria a materializar-se no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, constituindo este documento um instrumento facilitador à apresentação do projeto nos diferentes contextos em que este se desenrolará.

A elaboração deste documento resulta da necessidade de antecipar o percurso de formação no sentido do desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, com a incorporação das diferentes dimensões do exercício de enfermagem, de modo a agir numa lógica integradora de saberes e fundamentando o exercício de enfermeiro especialista, integrando também as competências analíticas e de síntese características da formação a nível de mestrado.

Identificação e caracterização da problemática

Após 10 anos de prática profissional na área de pediatria, em particular em unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), surgiu o desejo de consolidar e aprofundar conhecimentos e práticas, conduzindo à realização do Mestrado em Enfermagem na Área da Saúde Infantil e Pediátrica.

Ao prestar cuidados a crianças admitidas em UCIP, fui sendo confrontado com a ocorrência da síndrome de abstinência iatrogénica, fruto da utilização de sedoanalgesia, cujas manifestações provocam um elevado estado de stress e desconforto à criança e, simultaneamente, coloca os pais numa situação de frustração e impotência ao tentarem confortá-la (Best et al., 2015; Franck et al., 2012; Harris et al., 2016).

Coloquei então a questão: Quais as intervenções, estratégias e instrumentos que posso utilizar como enfermeiro para evitar a ocorrência da síndrome de abstinência iatrogénica, para minorar os seus efeitos, e promover o conforto à criança e sua família durante a sua ocorrência? Desta questão decorreu como problema: o desconforto associado à síndrome de abstinência iatrogénica em crianças que foram sujeitas a analgesia e/ou sedação.

Surge este projeto como forma de dar resposta a esta problemática através da realização de atividades para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista de saúde da criança e do jovem (EESCJ), e o aprofundamento do conhecimento e intervenções numa área específica da atuação de enfermagem, no caso concreto, a gestão do conforto da criança com síndrome de abstinência iatrogénica e seus pais, e instrumentos para a sua avaliação e medição.

A metodologia escolhida é a do trabalho projeto, enquanto conjunto de medidas delineadas que permitem planejar a operacionalização dum projeto centradas na resolução de problemas, e que permitem adquirir capacidades e competências através da sua concretização num contexto (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Os métodos escolhidos foram: a revisão da literatura, a observação, a reflexão na ação, a reflexão crítica individual e com pares, e sessões de informação/formação.

Da revisão da literatura ficou patente a atualidade da temática (Franck et al., 2012; Harris et al., 2016), bem como a importância do uso de instrumentos na sua avaliação (Harris et al., 2016). Procurei encontrar uma teoria que pudesse enformar a

intervenção de enfermagem no problema, identificando a teoria do conforto (Kolcaba, 1994), e constatei que pode caber ao enfermeiro um papel de relevo na gestão desta síndrome (Neunhoeffter et al., 2015).

As crianças admitidas em UCIP são submetidas a diversos procedimentos e técnicas invasivas e causadoras de stress e desconforto, em particular e frequentemente a ventilação mecânica (VM) (Dorfman, Sumamo Schellenberg, Rempel, Scott, & Hartling, 2014; Farias et al., 2004), que pode ser causadora de grande desconforto para a criança quando esta não está sincronizada com o ventilador (Best, 2015; Guttormson, Chlan, Weinert, & Savik, 2010), sendo comum a utilização de sedoanalgesia por forma a garantir o sincronismo, o conforto, a diminuição da resposta de stress e o risco de mortalidade e morbilidade (Franck, Naughton, & Winter, 2004).

Devido a uma diferente farmacodinâmica na criança (Bennett, 2003), a obtenção dum estado ótimo de conforto é muito variável (Ista, 2008), cabendo muitas vezes a determinação do estado de conforto e de ajustamento dos fármacos aos profissionais (Dorfman et al., 2014; Harris et al., 2016; Ista, 2008), em especial nas crianças pré-verbais ou sujeitas a sedação, estando incapazes de se autoavaliar (Dorfman et al., 2014; Harris et al., 2016), tornando o papel do enfermeiro preponderante na determinação do estado de conforto e ajustamentos necessários, pela sua presença contínua junto da criança (Neunhoeffter et al., 2015).

A síndrome de abstinência iatrogénica é um conjunto de manifestações clínicas (sinais e sintomas) que ocorrem após a suspensão ou reversão de um fármaco a que se foi previamente exposto e do qual se ficou fisicamente dependente (Anand et al., 2010), e em UCIP habitualmente relacionada com o uso prolongado de fármacos analgésicos ou sedativos (Amigoni et al., 2014; Anand et al., 2010; Bennett, 2003; Best, Boullata, & Curley, 2015; Fisher, 2012; Ista, van Dijk, Gamel, Tibboel, & de Hoog, 2008). A síndrome de abstinência iatrogénica é considerado um evento adverso da sedoanalgesia, causador de desconforto quer para a criança quer para os pais, e que deve ser prevenida ou minimizada, sendo igualmente um critério de qualidade na prestação de cuidados (Best et al., 2015; Franck et al., 2012; Harris et al., 2016).

Desta problemática se infere que o internamento em UCIP da criança propicia a ocorrência de diversos estados de conforto quer dela, quer dos pais/familiares, e que podem ser alvo da intervenção do enfermeiro. Kolcaba (1994) define conforto como uma satisfação ativa, passiva ou colaborativa das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade ou transcendência, que surgem de situações de saúde geradoras de stress, referindo Malinowski & Stamler (2002) que o conforto é uma necessidade ao longo da vida. A intervenção do EESIP, numa filosofia de cuidados centrados na família, pode promover uma facilitação das transições quer da criança, quer dos pais, no decorrer da síndrome de abstinência iatrogénica. De um modo mais geral e amplo, a promoção do conforto pode ser implementada em qualquer situação e contexto, e tendo como base a Teoria do Conforto, identificar áreas de intervenção de enfermagem nas transições de desenvolvimento da criança e dos seus pais/familiares.

No final deste projeto espera-se ter desenvolvido competências para a prática de intervenções especializadas e seguras à criança/jovem e família, o desenvolvimento do pensamento crítico e tomada de decisão baseada na evidência, e o conhecimento aprofundado da gestão do conforto na criança/jovem e família, nomeadamente na intervenção na síndrome de abstinência. Espera-se igualmente partilhar este conhecimento nos diversos contextos, promovendo a atualização dos conhecimentos e a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem.

Objetivos, Atividades e Competências a desenvolver

Foram traçados os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências comuns e específicas de EESCJ, para a prestação de cuidados à criança/jovem e família nas suas transições de desenvolvimento, saúde-doença e situacionais, nos diversos contextos de assistência;
- Desenvolver competências para a prestação de cuidados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade, com foco na gestão do conforto nas diversas etapas de desenvolvimento, em diferentes contextos de atendimento.

Os quadros seguintes procuram sistematizar as atividades, assim como os métodos/recursos e resultados esperados, e quais as competências a desenvolver relacionadas com as atividades programadas.

Inserir Quadro com atividades ajustadas ao local de estágio

Referências Bibliográficas

- Amigoni, A., Vettore, E., Brugnolaro, V., Brugnaro, L., Gaffo, D., Masola, M., ... Pettenazzo, A. (2014). High doses of benzodiazepine predict analgesic and sedative drug withdrawal syndrome in paediatric intensive care patients. *Acta Paediatrica*, 103(12), e538–e543. <https://doi.org/10.1111/apa.12777>
- Anand, K. J. S., Willson, D. F., Berger, J., Harrison, R., Meert, K. L., Zimmerman, J., ... Nicholson, C. (2010). Tolerance and Withdrawal From Prolonged Opioid Use in Critically Ill Children. *PEDIATRICS*, 125(5), e1208–e1225. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0489>
- Bennett, M. (2003). Guidelines for sedation of the critically ill child. *Paediatric Nursing*, 15(9), 14–18. <https://doi.org/10.7748/paed2003.11.15.9.14.c666>
- Best, K. M., Boullata, J. I., & Curley, M. A. Q. (2015). Risk Factors Associated With Iatrogenic Opioid and Benzodiazepine Withdrawal in Critically Ill Pediatric Patients. *Pediatric Critical Care Medicine*, 16(2), 175–183. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000000306>
- Dorfman, T. L., Sumamo Schellenberg, E., Rempel, G. R., Scott, S. D., & Hartling, L. (2014). An evaluation of instruments for scoring physiological and behavioral cues of pain, non-pain related distress, and adequacy of analgesia and sedation in pediatric mechanically ventilated patients: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(4), 654–676. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.009>
- Farias, J. A., Frutos, F., Esteban, A., Flores, J. C., Retta, A., Baltodano, A., ... Johnson, M. (2004). What is the daily practice of mechanical ventilation in pediatric intensive care units? A multicenter study. *Intensive Care Medicine*,

30(5), 918–925. <https://doi.org/10.1007/s00134-004-2225-5>

Fisher, D. (2012). *Opioid withdrawal signs and symptoms in the pediatric patient during opioid tapering.*

Franck, L. S., Naughton, I., & Winter, I. (2004). Opioid and benzodiazepine withdrawal symptoms in paediatric intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20(6), 344–351. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2004.07.008>

Franck, L. S., Scoppettuolo, L. A., Wypij, D., & Curley, M. A. Q. (2012). Validity and generalizability of the Withdrawal Assessment Tool-1 (WAT-1) for monitoring iatrogenic withdrawal syndrome in pediatric patients. *Pain*, 153(1), 142–148. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.10.003>

Guttormson, J. L., Chlan, L., Weinert, C., & Savik, K. (2010). Factors influencing nurse sedation practices with mechanically ventilated patients: A U.S. national survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(1), 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.10.004>

Harris, J., Ramelet, A.-S., van Dijk, M., Pokorna, P., Wielenga, J., Tume, L., ... Ista, E. (2016). Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals. *Intensive Care Medicine*, 42(6), 972–986. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4344-1>

Ista, E. (2008). *Comfortably Calm - Soothing Sedation of Critically Ill Children Without Withdrawal Symptoms.* Erasmus University Rotterdam, Rotterdam.

Ista, E., van Dijk, M., Gamel, C., Tibboel, D., & de Hoog, M. (2008). Withdrawal symptoms in critically ill children after long-term administration of sedatives and/or analgesics: A first evaluation*. *Critical Care Medicine*, 36(8), 2427–2432.

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic Confort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178–1184.

Malinowski, A., & Stamler, L. L. (2002). Comfort: exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 599–606. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02329.x>

Neunhoeffer, F., Kumpf, M., Renk, H., Hanelt, M., Berneck, N., Bosk, A., ... Hofbeck,

M. (2015). Nurse-driven pediatric analgesia and sedation protocol reduces withdrawal symptoms in critically ill medical pediatric patients. *Pediatric Anesthesia*, 25(8), 786–794. <https://doi.org/10.1111/pan.12649>

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1–38.

**APÊNDICE IV – GUIÃO DE ENTREVISTA EXPLORATÓRIA E
RESUMO DAS IDEIAS PRINCIPAIS**

Este guião é composto por duas partes distintas com objetivos distintos:

- A primeira com o objetivo de caracterizar o contexto de estágio, ajustar o planeamento de estágio às disponibilidades do contexto e clarificar o papel de enfermeiro especialista na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família neste contexto.
- A segunda com o objetivo de identificar as perceções do enfermeiro especialista em relação às barreiras e facilitadores da avaliação e gestão do conforto da criança e família, e em particular a identificação, prevenção e gestão da síndrome de abstinência iatrogénica.

Primeira Parte

1. A nível de recursos, sejam físicos, de equipamentos ou humanos, quais entende serem os favoráveis e desfavoráveis à prestação de cuidados à criança e jovem?
 - 1.1. Favoráveis: Em todos os locais a decoração adequada às crianças com cores e bonecos, equipamento ajustado ao tamanho das crianças, existência de brinquedos, existência de EEESIP, apoio de educadoras de infância (PED)
 - 1.2. Desfavoráveis: Falta de privacidade (SUP), carga de trabalho de enfermagem a nível burocrático (USF) e de complexidade (UCIN, UCIP), extensão física do serviço (PED)
2. Qual o método de trabalho que utiliza na sua prestação de cuidados?
 - 2.1. Método de trabalho não definido organicamente. Pela observação praticam-se métodos mistos: funcional e individual (SUP) e individual e em equipa (CR, PED, USF, UCIN e UCIP)
3. Quais as teorias/modelos de enfermagem que aplica diariamente no planeamento e prestação dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família?
 - 3.1. No CR utiliza-se o Modelo das Atividades de Vida (Roper, Logan, & Tierney, 2001). Nos restantes locais sem Modelo/Teoria definidos.
4. Qual a linguagem utilizada na documentação em Enfermagem?
 - 4.1. Linguagem CIPE não é utilizada, utilizando documentação em escrita livre. Utilização de SAPE na USF.
5. Nesta unidade/serviço há algum levantamento de necessidades de formação nas quais possa haver lugar a colaboração na sua resolução? (Caso não haja) Há alguma temática que a equipa refira de modo mais recorrente ou insistente e que seja possível planear uma intervenção durante o estágio?
 - 5.1. Sem levantamentos formais de necessidades de formação. Proposta de realizar um projeto de implementação da promoção da esperança (CR), de um projeto de articulação entre serviço de saúde e escola (USF) elaboração/revisão de normas/instruções de trabalho (SUP e UCIP)

Segunda Parte

1. De que modo percebe o conceito de conforto e a sua promoção nos cuidados que presta?
 - 1.1. Importante no cuidado de enfermagem. Promoção de bem-estar.
2. Que exemplos de estratégias/intervenções promotoras do conforto identifica na sua prática diária de prestação de cuidados?
 - 2.1. Higiene, vestir, ambiente seguro e calmo, explicação dos procedimentos a realizar, informação e educação para a saúde.
3. Que dificuldades, a haver, encontra na implementação das estratégias/intervenções referidas?
 - 3.1. Falta de tempo pela carga de trabalho, dificuldades de comunicação entre profissionais quanto à abordagem terapêutica.
4. Concordaria com a afirmação: A sedação e analgesia em crianças é uma estratégia de promoção do conforto.
 - 4.1. Sim são ambas estratégias farmacológicas promotoras do conforto.
5. Que outras estratégias/intervenções promotoras do conforto identifica na prática do serviço/unidade?
 - 5.1. Sucrose, contenção, falar, cantar, distração.
6. Já presenciou a ocorrência da Síndrome de Abstinência Iatrogénica?
 - 6.1. Nunca teve essa experiência (CR, SUP, USF). Já presenciou e prestou cuidados a crianças com a síndrome (PED, UCIN, UCIP).
7. De que modo avalia a ocorrência desta síndrome? Aplica alguma escala?
 - 7.1. Observação dos comportamentos da criança em particular agitação ou irritabilidade, dificuldade em confortar. Aplicação da escala FNASS (UCIN e PED).
8. Das escalas que conhece, alguma é aplicável a crianças fora do período neonatal?
 - 8.1. Desconhece escalas além da FNASS que sejam aplicáveis a crianças fora do período neonatal.
9. Na sua opinião qual é a sua responsabilidade enquanto enfermeiro na avaliação, prevenção e gestão da síndrome de abstinência?
 - 9.1. Responsável pela identificação de sinais e sintomas e alteração do estado de conforto da criança que seja sugestivo de ocorrência de SAI, responsável pela monitorização do efeito terapêutico da medicação prescrita para o tratamento. Prevenção e gestão é de responsabilidade mista, mas predominantemente médica pela tomada de decisão relativa à farmacoterapia.
10. O que o/a ajuda a implementar as suas intervenções? O que a/o dificulta?

- 10.1. Auxilia o conhecimento das alterações espectáveis relacionadas com a SAI, a destreza na manipulação da criança e ambiente, capacidade de identificação precoce de alterações sugestivas de SAI; Dificulta a inexistência de diretivas de intervenção, a carga de trabalho, necessidade de atualização de conhecimentos.
11. Considera ter as competências necessárias para avaliar, prevenir e gerir a síndrome de abstinência? Comente por favor.
- 11.1. Sim para a avaliação e gestão parcial, pela exposição a situações de SAI com alguma frequência, pela capacidade de identificação de alterações no neonato/criança, e capacidade de manipulação do ambiente e neonato/criança, no sentido de dar resposta às necessidades identificadas e procurando promover o seu conforto.
12. O que poderia ajudar a melhorar as suas competências?
- 12.1. Mais informação acerca da fisiopatologia, estratégias interventivas farmacológicas e não farmacológicas e utilização de escalas.

**APÊNDICE V – SÍNTESE REFLEXIVA DO ENSINO CLÍNICO NA
URGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Descrição

Este momento de aprendizagem decorreu durante um período de três semanas num serviço de urgência pediátrica [SUP], onde tive oportunidade de contactar com a abordagem à criança, adolescente e família em situações de alterações súbitas ou recentes da sua situação de saúde e com diversos graus de gravidade, e observar e participar na intervenção de enfermagem a estas crianças e adolescentes em resposta às suas necessidades.

É um serviço composto por duas salas de espera, um posto de triagem de enfermagem, com possibilidade de ocorrerem duas triagens em simultâneo, 5 gabinetes médicos de observação, uma sala de tratamentos e de reanimação, uma sala de aerossóis e uma sala de observação com 3 unidades e 1 quarto de isolamento. Fisicamente o espaço é contíguo ao serviço de urgência de adultos, mas com circuitos separados, tendo como zonas comuns o quarto de isolamento que é utilizado consoante a necessidade pediátrica/adulto e o circuito para a realização de exames complementares. Os espaços pediátricos estão todos decorados com cores vivas e desenhos/bonecos com temas adequados, havendo brinquedos apropriados na sala de espera para distração o que está de acordo com recomendações internacionais (Fein, Zempsky, & Cravero, 2012).

A equipa de Enfermagem é constituída por 36 enfermeiros, dentro destes 2 enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica [EEESIP], 1 especialista em enfermagem médico-cirúrgica [EEMC], 1 especialista em enfermagem de reabilitação [EER] e os restantes de cuidados gerais. A equipa de enfermagem é alocada quer à pediatria quer a adultos, havendo alocação preferencial à pediatria dos elementos com especialidade em pediatria ou com mais experiência em pediatria. A metodologia de triagem em utilização é a triagem de Manchester adaptada à pediatria (Ministério da Saúde, 2015). A metodologia de trabalho utilizada é mista, observando-se quer o método funcional quer o método de trabalho individual (Costa, 2016), não há uma teoria de enfermagem definida como base de organização dos cuidados de enfermagem mas estão definidos os objetivos dos cuidados de enfermagem como a promoção da estabilização e recuperação do estado de saúde da criança independentemente da gravidade em situações urgentes ou emergentes como definido pela Direcção-Geral da Saúde (DGS., 2001).

Sensações

Este contexto de estágio não era totalmente desconhecido uma vez que já tive oportunidade de trabalhar numa urgência de pediatria, pelo que tinha como expectativa identificar novas/diferentes práticas de cuidados a nível da intervenção de enfermagem, que pudessem ser transferíveis para a minha prática diária, assim como perspetivar qual o papel que poderia caber ao EESIP neste contexto específico identificando áreas preferenciais para a sua alocação e intervenção, enquadrado na promoção do conforto à criança, jovem e família. Mais concretamente em relação a este último aspeto, procurar compreender qual a intervenção do EESIP nos diferentes postos de prestação de cuidados de enfermagem (triagem, sala de tratamentos, sala de observação) e onde poderia ser maximizada a sua intervenção enquanto especialista e ator determinante na promoção do conforto à criança.

Avaliação

Este período de estágio foi bastante rico em experiências permitindo adquirir novos conhecimentos e atitudes profissionais que integrei na minha prática diária e que me permitiram desenvolver enquanto enfermeiro especialista. Este desenvolvimento foi realizado através da observação, colaboração e realização de intervenções especializadas e reflexão sobre as mesmas com os enfermeiros especialistas. A realização de triagem permitiu identificar áreas de intervenção especializada no âmbito da resposta a situações de urgência e emergência e a importância da abordagem preventiva/antecipatória à criança, adolescente e família neste contacto inicial com o SUP (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016); a realização de procedimentos na sala de tratamentos permitiu desenvolver e aprimorar as estratégias não farmacológicas de controlo da dor, (OE, 2013) bem como realizar a aplicação de protóxido de azoto (N₂O), uma medida de minimização da dor que se encontra recomendada pela Direcção-Geral da Saúde (DGS) (DGS, 2012) e frequentemente utilizada em contexto de urgência no controlo da dor na realização de procedimentos (Hartling et al., 2016; Huang & Johnson, 2016; Martin, Noble, & Wodo, 2018), desenvolvendo competências na sua aplicação segura através da realização duma pesquisa bibliográfica e aplicação na prática, levando à criação de uma instrução de trabalho que era inexistente no SUP; na sala de observação aprimorar as minhas intervenções enquanto enfermeiro especialista uma vez que é

um contexto muito semelhante à minha prática diária mas, neste caso, com períodos de curta duração de internamento e por vezes ainda com incerteza diagnóstica inicial.

Análise

Como referido este foi um estágio rico em experiências decidindo-se apresentar experiências mais relevantes em cada posto de trabalho e seguindo a ordem habitual de progressão da criança no SUP (triagem, sala de tratamentos, sala de observação) apresentando as reflexões associadas à situação vivida e prática realizada, a sua relevância no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista bem como integrá-las à luz da Teoria do Conforto de Kolcaba.

As crianças, adolescente e famílias que recorrem ao SUP fazem-no porque percecionam uma alteração do seu estado de saúde que justifica a sua vinda. Segundo Rodrigues (2012) e de acordo com o modelo de Crenças em Saúde são as crenças dos indivíduos relacionadas com a saúde e a doença que definem os seus comportamentos, e que englobam a perceção de suscetibilidade, a perceção de gravidade, a perceção de benefícios e a perceção de barreiras. A suscetibilidade e gravidade determinam em conjunto a ameaça percebida, fator que em conjunto com a perceção de benefício numa ação apesar das barreiras à sua execução, condicionam a tomada de decisão, no caso concreto a decisão de recorrer ao SUP (Rodrigues, 2012).

O primeiro contacto ao SUP após os administrativos na inscrição é na triagem, realizada por enfermeiros, sendo o sistema de triagem a Triagem de Manchester de acordo com a determinação do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2015). Aqui são identificados as situações urgentes e emergentes, definidas respetivamente como “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” e como “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (DGS., 2001, p. 7). Neste contexto ocorrem frequentemente situações complexas, campo de intervenção do EEESIP ao intervir de forma adequada nas respostas às necessidades da criança e família nomeadamente na adaptação destes às mudanças na saúde e na dinâmica familiar (OE, 2018). Neste sentido refere também Diogo et al. (2016) que é na triagem que se estabelece a primeira interação entre os enfermeiros, a criança e os pais, onde

“é possível iniciar um contacto acolhedor, transmitindo confiança aos pais, fazendo-os sentir que são bem-vindos e que existe disponibilidade para responder às suas necessidades” (Diogo et al., 2016, p. 30).

Nos diversos contactos que tive com crianças, adolescentes e famílias foi ficando claro que o recurso ao SUP nem sempre estava associado a situações de urgência/emergência, o que vai de encontro à evidência nesse sentido (Freitas, Moreira, & Cardoso, 2016; Rafael, Portela, Sousa, & Fernandes, 2017), contudo, a sua ocorrência é uma manifestação de uma necessidade que precisa ser resolvida ou identificada. Para permitir uma gradação da rapidez necessária da resposta à situação da criança que se apresenta ao SUP utiliza-se a triagem referida atrás e que vai classificar numa escala de cor a gravidade da circunstância e de acordo com essa gravidade a prioridade de avaliação médica. A este respeito Diogo et al. (2016) refere ser importante esclarecer na triagem a prioridade do atendimento aos pais e o tempo previsto de espera, sendo esta informação útil quer para a criança quer para os pais permitindo-lhes gerir as suas atividades, e sendo um veículo de manifestação da preocupação do enfermeiro pela situação vivida por eles.

Foi frequentemente constatado o que é apresentado na evidência científica nos parágrafos anteriores. Ao realizar a triagem ocorreram vários momentos em que o enfermeiro era interpelado pelos pais em espera não só a questionar o número de chamada, que nem sempre seguia a ordenação numérica, como pelo tempo de espera para atendimento quer para realização de triagem quer para atendimento para avaliação médica. Estas interpelações exigiam uma resposta assertiva que não só respondesse à questão colocada como também permitisse diminuir o grau de ansiedade, e por vezes de agressividade. Por outro lado, verifiquei também a ansiedade parental relacionada com a situação de saúde da criança e da sua correlação nem sempre ajustada à gravidade da doença. Face a esta situação é igualmente necessária uma comunicação assertiva da informação referente à gravidade da doença, do nível de prioridade atribuído e de quais os cuidados que podem ser implementados enquanto aguardam para avaliação médica, que como refere (Diogo et al., 2016) permite assim à criança e família gerir as suas atividades e transmitir sensibilidade por parte do enfermeiro face ao medo e ansiedade destes..

Procurando aplicar a Teoria do Conforto (Kolcaba, 1994) a uma situação de triagem, escolhi uma situação comum em contexto de urgência pediátrica, a criança com episódios de vômitos, no caso concreto com 4 anos. Pode-se caracterizar esta situação segundo Kolcaba pela apresentação de pressões alfa obstrutivas na criança de vômitos, dor, fraqueza (físicos), de ansiedade e medo (psicológicos), de ambiente desconhecido na urgência (socioculturais) e de sensação de frio (ambientais), minimizados pelo acompanhamento e incentivo da mãe que a acompanhava (pressão alfa interativa) conduzindo a uma percepção de um nível de conforto (pressão beta). A mãe por seu lado apresentava pressões alfa obstrutivas de ansiedade e receio da gravidade da situação (psicológicos) receio de crítica das restantes pessoas na sala de espera se ocorresse novo vômito (socioculturais) criando uma percepção de conforto com a sua situação (pressão beta). A intervenção de enfermagem (pressão alfa facilitadora) de informação da situação, clarificação da gravidade, capacitação da gestão da doença (suspensão de alimentação e hidratação temporária, bacia descartável para vômitos, e tranquilização de ser uma situação frequente e de resolução usualmente rápida) promove uma alteração da percepção de conforto (pressão beta) no sentido de um estado de conforto aumentado e que consequentemente conduz á adoção de comportamentos promotores da saúde, manifestados internamente pela diminuição da ansiedade de ambos, e externamente pela maior capacidade e autonomia na gestão dos sintomas e a sua ocorrência, sensação de capacidade e autorrealização e adesão ao plano terapêutico.

Um último aspeto a referir na situação de triagem relaciona-se com a diferenciação do enfermeiro que realiza a triagem. Face ao exposto nos últimos parágrafos, tornou-se perceptível uma diferença na intervenção dos enfermeiros com experiência em cuidados a adultos e dos com experiência em cuidados a crianças, e dos enfermeiros generalistas e dos EEESIP. Muito embora esta não seja uma avaliação científica da frequência de ocorrência, foi a sensação obtida pela exposição, salvaguardando exceções de alguns enfermeiros. Em relação aos primeiros, quer o conteúdo quer o tipo de discurso era frequentemente muito mais diretivo, menos relacional e mais direcionado aos pais. E em relação aos segundos, foi notória uma intervenção dos EEESIP mais de encontro ao que foi descrito anteriormente acerca dos cuidados de qualidade à criança, jovem e família em contexto de urgência.

Parece razoável argumentar-se que a triagem aparenta ser um posto de trabalho onde as competências do EEESIP são preponderantes na prestação de cuidados à criança, jovem e família, cumprindo com o descrito no Regulamento das Competências do EEESIP através da “resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar.” (OE, 2018, p. 19192). Ao intervir desta forma o EEESIP está a cumprir os padrões de qualidade definidos pela OE (OE, 2015) promovendo um envolvimento com a criança e permitindo-lhe ser um ator nas tomadas de decisão para as quais é competente, e estabelecendo uma partilha de conhecimentos com os cuidadores no sentido de promover a “gestão proficiente nos cuidados aos seus filhos, visando a sua autonomia e capacitação para a uma tomada de decisão informada” (OE, 2015, p. 16661).

Outro posto de trabalho é o da sala de tratamentos onde se realizam diversos procedimentos (lavagem nasal, aspiração de secreções, punções venosas, sutura de lacerações, enemas,...) muitos deles associados a desconforto, ansiedade e dor (Gates et al., 2018) e sendo considerados dos principais stressores associados à hospitalização da criança ou jovem segundo Hockenberry & Wilson (2014) em conjunto com a separação, perda de controlo e lesão corporal, podendo mesmo ser exacerbada em contexto de urgência (Diogo et al., 2016). A gestão ineficaz da dor e ansiedade tem sido associada a maior probabilidade de ocorrência de alterações comportamentais e somáticas em procedimentos futuros (DGS, 2012; DGS, 2010; Gates et al., 2018) sendo assim da maior importância uma intervenção proativa e preventiva, orientada por uma avaliação sistemática da dor, utilizando estratégias farmacológicas e não-farmacológicas, e valorizando a experiência de dor e mecanismos de coping da criança e sua família perante este tipo de situações (Batalha, 2013). Segundo este autor as pessoas “independentemente da sua idade ou habilidade para comunicar, têm o direito a não sofrer” (Batalha, 2013, p. e17) concluindo que “A dor é um resultado inaceitável na prestação de cuidados” (Batalha, 2013, p. e20).

No sentido de prestar cuidados de qualidade a nível da gestão da dor importa referir que esta foi considerada o 5º sinal vital já em 2003 (DGS, 2003) sendo publicado posteriormente pela DGS informação normativa para a sua gestão (DGS, 2010) e

especificamente sobre procedimentos invasivos (DGS, 2012). A OE publicou igualmente informação no sentido de melhorar a prática de cuidados relativamente à dor desde 2008 (OE, 2008) acrescentando mais recentemente orientações no sentido da gestão não farmacológica da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Sendo a grande maioria dos procedimentos realizados nesta sala traumáticos, há a relevar contudo que a intervenção dos enfermeiros teve sempre por foco tentar minorar os efeitos dolorosos ou ansiogénicos do procedimento utilizando diversas estratégias como distração, a música, o humor, utilização de telemóveis o que está de acordo com as recomendações da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2013) e com o apontado por Diogo et al. (2016) e Gates et al. (2018), procurando assim melhorar o bem-estar da criança, jovem e família e a sua satisfação com os cuidados, o que foi patente nos agradecimentos subsequentes dos pais/familiares e até de crianças/jovens. Verifica-se assim nesta prática a incorporação da filosofia dos cuidados não traumáticos definida como (Hockenberry & Wilson, 2014) “fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 11). A nível ambiental há a referir que esta sala está decorada com cores adequadas à pediatria (azul claro) e com diversos desenhos de bonecos colocados em locais chave para distração, como por exemplo no teto por cima da marquesa, para quando deitada a criança poder ser distraída com essas imagens.

Nesta sala tive a oportunidade de colaborar num procedimento de colocação de um catéter venoso central numa criança com 7 anos, que tinha já sido puncionado repetidas vezes sem sucesso e que necessitava de acesso endovenoso para realização de terapêutica antibiótica. Após discussão entre a equipa de saúde (médicos e enfermeiros) foi decidido utilizar-se o protóxido de azoto (N₂O) como adjuvante terapêutico ao procedimento (Huang & Johnson, 2016; Martin et al., 2018). Este é um tratamento farmacológico indicado pela DGS para a realização de procedimentos dolorosos com necessidade de sedação consciente (Direcção-Geral da Saúde, 2012) e que apesar de não constar como recomendação para este procedimento em específico, foi avaliado como possível dado o nível de colaboração da criança e mãe e a impossibilidade de jejum face à necessidade de acesso. O

procedimento foi bem sucedido à segunda tentativa e foi possível avaliar a eficácia deste fármaco neste procedimento.

Fatores que se revelaram preponderantes foram a preparação inicial da mãe e criança para o que se espera deles a nível de colaboração, da criança que fizesse respiração regular e profunda e mantivesse a máscara bem adaptada e quais os sintomas que poderia sentir, e da mãe que ajudasse a manter a máscara adaptada e que fosse contando uma história como distração. Pude colaborar com a mãe na criação de uma história que ia sendo adaptada à imaginação da criança conseguindo assim uma manutenção da dissociação do procedimento. Nos períodos em que a criança não respirava de forma tão regular ou que a história já não era o foco da atenção notou-se uma diminuição do efeito analgésico do N₂O, parecendo assim ser importante a utilização da imaginação guiada concomitantemente à administração de N₂O. Este aspeto veio dar maior relevância à importância da utilização das estratégias não-farmacológicas na gestão da dor como recomendado pela OE no seu guia orientador de boas práticas (Ordem dos Enfermeiros, 2013). De igual modo, veio relevar também a importância duma colaboração estreita com os pais e da sua mais-valia na prestação de cuidados à criança, dando corpo quer à filosofia dos cuidados centrados na família (Harrison, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014) quer à filosofia dos cuidados não traumáticos (Hockenberry & Wilson, 2014), personalizando e humanizando os cuidados, respeitando a individualidade da criança e família na gestão da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2013), permitir aos pais o exercício da sua parentalidade (Gates et al., 2018) fomentar a sua capacitação e empoderamento (Hockenberry & Barrera, 2018), e melhorar a satisfação com os cuidados prestados (Byczkowski et al., 2016; Diogo et al., 2016; Gates et al., 2018).

Esta situação à luz da Teoria do Conforto de Kolcaba (Kolcaba, 1994) poderia ser descrita como as pressões alfa obstrutivas de dor (física), de ansiedade e medo (psicológicas), de ambiente desconhecido (socioculturais) e de sensação de frio (ambientais) da criança seriam minimizadas pelo acompanhamento e incentivo da mãe que a acompanhava (pressão alfa interativa) conduzindo a uma perceção de um nível de conforto (pressão beta). A mãe por seu lado apresentava pressões alfa obstrutivas de ansiedade e receio de dor da criança mal controlada (psicológicos) criando uma perceção de conforto com a situação (pressão beta). A intervenção de enfermagem (pressão alfa facilitadora) de informação da situação e procedimento,

clarificação da colaboração, aplicação do N2O (intervenção dependente) e realização de imaginação guiada (intervenção independente), permissão de acompanhamento pela mãe durante todo o procedimento, e exposição apenas da região corporal necessária ao procedimento promoveu uma alteração da percepção de conforto (pressão beta) no sentido de um estado de conforto aumentado que levou à adoção de comportamentos promotores da saúde, manifestados internamente pela diminuição da ansiedade de ambos e ausência de dor ou presença ligeira de duração muito curta, e externamente pela capacidade de colaborar no procedimento através de respiração adequada e manutenção da máscara adaptada, colaboração da mãe na criação de uma história (imaginação guiada), sensação de capacidade e autorrealização e sucesso na realização do procedimento.

À semelhança do posto de triagem, também aqui foi visível a diferença do exercício dos cuidados de enfermagem pelo EESIP e pelos restantes enfermeiros. O nível de percepção e avaliação da globalidade da criança, jovem e família, e a forma como percebem os procedimentos que vão ser realizados, a escolha da estratégia de gestão da dor e a variabilidade de técnicas usadas, bem como a forma como engloba a criança e os pais na tomada de decisão revelam que o EESIP é mais diferenciado na sua intervenção. Esta prática é assim reflexo das competências descritas para o exercício do EESIP nomeadamente “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193) e enquadra-se na filosofia dos cuidados centrados na família (Harrison, 2010) o que vai de encontro aos padrões de qualidade dos cuidados especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2015) e do mencionado no guia orientador de boa prática “Compete a estes enfermeiros especialistas a gestão diferenciada da dor e do bem estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p. 9). Pode-se assim mais uma vez argumentar que este posto de trabalho parece ser um local onde os cuidados especializados do EESIP podem ter uma grande visibilidade e aplicabilidade na prestação de cuidados de enfermagem de alta qualidade.

Após discussão deste caso e das intervenções realizadas na sala de tratamentos com o EESIP e das suas implicações para a prática, foi identificada a necessidade de criação de uma instrução de trabalho relativamente à aplicação de N2O a crianças

que era inexistente neste serviço, pelo que procedi a uma revisão da literatura e elaborei uma instrução de trabalho para revisão e aprovação pela equipa de enfermagem e médica e que consta em anexo a este relatório. De igual modo e percebendo a importância da existência de um brinquedo terapêutico e da atividade lúdica na gestão da dor e ansiedade nos procedimentos dolorosos, realizei uma revisão da literatura e elaborei um documento de suporte à criação de uma caixa da brincadeira para utilização no serviço, tendo por base no “kit sem-dói-dói” apresentado no guia orientador de boa prática da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2013), projeto que já tinha tido uma tentativa anterior de implementação neste serviço e que se julgou pertinente reavivar.

Por último, no posto de trabalho da sala de observação, vulgo S.O, foi o local onde me senti mais à vontade na colaboração e intervenção, pela familiaridade dos procedimentos, equipamentos e abordagem à criança, jovem e família numa situação de descompensação aguda do seu estado de saúde, ou processos de doença que necessitem de maior vigilância. No entanto, um aspeto diferente está relacionado com o grau de incerteza diagnóstica, havendo crianças que são admitidas com um diagnóstico provável até obtenção de dados adicionais por parte da observação por especialidades médicas, pela realização de exames auxiliares de diagnóstico ou exames laboratoriais, ou pelo próprio curso da doença. Esta incerteza gera níveis elevados de ansiedade quer da criança ou jovem quer dos pais/famíliares associando-se aos medos de dor e sofrimento que a própria situação acarreta (Gates et al., 2018; Wiseman, Curtis, Young, Van, & Foster, 2018). Na minha realidade de cuidados as crianças são frequentemente admitidas já com o diagnóstico definitivo, havendo casos esporádicos de incerteza diagnóstica, tendo sido assim importante observar a intervenção do EESIP na abordagem à criança, jovem e família neste contexto, identificando as estratégias utilizadas (discurso calmo, informação concisa sobre o problemas, pouca informação de cada vez, informação congruente com a informação médica, questionar o que pretendiam saber e colaborar, informar acerca da evolução previsível e sinais e sintomas esperados, informar acerca de estratégias que possam ser eficazes no alívio de sintomas, o humor, a compreensão e atitude positiva) e posteriormente colocando-as em prática.

Estas estratégias vão de encontro ao que surge na teoria como fatores de aumento da satisfação dos cuidados como aponta Byczkowski et al. (2016) identificando 8

dimensões de intervenção: suporte emocional, respeito pelas preferências, envolvimento dos pais, cuidados atempados, informação e comunicação, gestão da dor, ambiente adequado e continuidade de cuidados. (Gates et al., 2018) reforça esta perspetiva apontando o papel ativo dos pais, a sua capacidade de manter o controlo, a informação atempada e reconhecimento de pontos de vista diferentes fatores importantes a ter em consideração na implementação de intervenções de enfermagem segundo a filosofia dos cuidados centrados na família. Também Diogo et al. (2016) referem que se “ a experiência no SU é vivida pela criança de forma positiva, esta poderá sentir-se mais capaz...por ter superado esta situação de crise, sabendo reagir aos stressores em situações futuras” (Diogo et al., 2016, p. 31) intervindo o enfermeiro através da ajuda na gestão das emoções e facilitando a adaptação da criança e o confronto com os medos, através de estratégias diversas de gestão emocional salientando “o afeto, o carinho, a simpatia, o sorriso, a confiança, a positividade, a compreensão empática e o humor” (Diogo et al., 2016, p. 42) bem como a capacitação dos pais à participação, preparação para procedimentos, distração e recreação, música e atividade lúdica (Diogo et al., 2016).

Foi também aqui possível desenvolver a prática de cuidados centrados da família no contexto de incerteza referido anteriormente, mas com maior facilidade do que nos outros dois postos de trabalho, pelo tempo de proximidade e contacto com a criança, jovem e família. Com efeito, a necessidade de dar resposta na triagem e na sala de tratamentos à afluência contínua de crianças com as suas necessidades coloca uma restrição de tempo no contacto, o que por vezes condiciona a intervenção (Fein et al., 2012). Na sala de observação por oposição, o tempo de contacto com as crianças, jovens e famílias é mais prolongado permitindo um maior conhecimento do que os torna quem são e assim permite conhecer e adequar as intervenções de enfermagem de forma personalizada e centrada na família (Harrison, 2010).

Assim, foi possível desenvolver competências de EESIP como a utilização de comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento da criança, a capacitação da criança, jovem e família para a gestão da doença e desenvolvimento de mecanismos de coping, a partilha de conhecimentos para a tomada efetiva de decisão, o fomentar a participação dos pais promovendo o exercício e desenvolvimento da parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Foi especialmente importante constatar que a partilha de informação com a criança e os pais de forma clara e numa perspetiva

antecipatória permitia uma maior capacitação da criança, jovem e família na gestão do processo de doença, bem como potenciar o autocontrolo e auto gestão emocional, o que culminava com uma maior capacidade de tomar decisões quer por parte da criança quer dos pais, indo de encontro ao apontado por Diogo et al. (2016) e Hockenberry & Wilson (2014).

Uma situação experienciada foi a de uma criança com 4 anos que foi admitida com dor abdominal e dificuldade na locomoção, e que ficou internada para avaliação por especialidade no contexto de suspeita de apendicite. Foi explicado à criança e mãe quais os sintomas esperados, o que poderiam fazer para os gerir melhor (posicionamento, respiração, distração com telemóvel/televisão) e administrada terapêutica analgésica, informados da necessidade de jejum, e esclarecidas dúvidas quanto ao problema, resolução e recuperação esperada.

Aplicando a teoria de Kolcaba (Kolcaba, 1994) pode-se descrever esta situação como as pressões alfa obstrutivas de dor (físicas), ansiedade e medo (psicológicas) e de ambiente desconhecido (socioculturais) da criança seriam minimizadas pelo acompanhamento e incentivo da mãe que a acompanhava (pressão alfa interativa) conduzindo a uma perceção de um nível de conforto (pressão beta). A mãe por seu lado apresenta pressões alfa obstrutivas de ansiedade, incerteza diagnóstica, incerteza da eficácia do tratamento (psicológicos), de ambiente desconhecido e de necessidade de confiança na equipa de saúde (socioculturais) que criam uma perceção de conforto com a situação (pressão beta). A intervenção de enfermagem (pressão alfa facilitadora) de cuidados de índole antecipatória, informação da situação e procedimentos, controlo da dor, clarificação da evolução esperada e definição da colaboração possível e desejada, promove uma alteração da perceção de conforto (pressão beta) no sentido de um estado de conforto aumentado que conduz á adoção de comportamentos promotores da saúde, manifestados internamente pela diminuição da ansiedade de ambos e externamente pela capacidade de colaborar adequadamente nos cuidados, realizar uma tomada de decisão informada, sensação de confiança na equipa de saúde e sucesso na recuperação do estado de saúde.

Conclusões

Neste campo de estágio a maior aprendizagem e contributo para o meu desenvolvimento profissional foi o poder perceber e entender melhor qual a intervenção que é possível o EESIP ter no contexto de urgência pediátrica. A intervenção diferenciada é bastante visível quer pela sua abrangência quer pelas estratégias utilizadas, sendo perfeitamente visível o nível de adequação da intervenção face à situação concreta, complexa e variável. De igual modo, na atuação dos EESIP nota-se as filosofias subjacentes dos cuidados centrados na família e dos cuidados não traumáticos, pela forma como a família é envolvida nos cuidados e se torna parte integrante da intervenção de enfermagem à criança, pela preparação antecipatória, e pela organização dos cuidados de forma a proporcionar o máximo de controlo à criança, jovem e família sobre a situação e o ambiente que lhes é tão hostil.

Cada posto de trabalho permite a utilização de competências e estratégias particulares, mas todas elas promotoras do conforto à criança e família, sejam elas de índole física, pela gestão da dor com intervenções farmacológicas e não-farmacológicas, sejam de índole psicológica, através da gestão da ansiedade, incerteza, desconhecido, medo, sejam de índole ambiental, através da gestão da luminosidade, ruído, ambiente seguro e adequado à pediatria, ou socioculturais, através da gestão dos acompanhantes, comunicação com familiares. Em particular, as intervenções não farmacológicas de controlo da dor e a sua importância na gestão da dor e na colaboração da criança, jovem e família, e a orientação/informação de índole antecipatória, foram estratégias percebidas e desenvolvidas que são replicáveis em todos os contextos de trabalho na área da pediatria, e contribuíram para o desenvolvimento de competências na sua utilização.

As situações de alteração da saúde das crianças permitiu utilizar a teoria de Kolcaba e aplicá-la, verificando que permite explicar os fenómenos de saúde apresentados, identificando os fatores contribuintes e guiando assim a intervenção de enfermagem no sentido da resposta às necessidades identificadas. A intervenção de enfermagem baseada na promoção do conforto promove a alteração de comportamentos e a adoção de comportamentos promotores da saúde que conduzem a uma melhoria do conforto global e assim, dos resultados em saúde.

Bibliografia

- Batalha, L. M. D. C. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde & Tecnologia, Suplemento*, e16–e21. Retrieved from <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/2592>
- Byczkowski, T. L., Gillespie, G. L., Kennebeck, S. S., Fitzgerald, M. R., Downing, K. A., & Alessandrini, E. A. (2016). Family-Centered Pediatric Emergency Care: A Framework for Measuring What Parents Want and Value. *Academic Pediatrics*, 16(4), 327–335. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.08.011>
- Costa, J. dos S. (2016). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium*, pp. 234–251. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=&AN=edsdoj.f13eb043d6b74338ba06735a877a2a19&site=eds-live>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47.
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Emergência / Urgência*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde. *Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde Nº 09.* , (2003).
- Direcção-Geral da Saúde. (2012). Orientação da Direcção-Geral da Saúde Nº 022/2012. In *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Direcção-Geral Da Saúde. (2010). Orientação da Direcção-Geral da Saúde Nº 014/2010. In *Orientações técnicas sobra a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa.
- Fein, J. A., Zempsky, W. T., & Cravero, J. P. (2012). Relief of Pain and Anxiety in Pediatric Patients in Emergency Medical Systems. *PEDIATRICS*, 130(5), e1391–e1405. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2536>
- Freitas, A. C., Moreira, A. R., & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço

- de Urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer*, XXV(3), 136–140.
- Gates, A., Shave, K., Featherstone, R., Buckreus, K., Ali, S., Scott, S. D., & Hartling, L. (2018). Procedural Pain: Systematic Review of Parent Experiences and Information Needs. *Clinical Pediatrics*, 57(6), 672–688.
<https://doi.org/10.1177/0009922817733694>
- Harrison, T. M. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(5), 335–343.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.01.006>
- Hartling, L., Milne, A., Foisy, M., Lang, E. S., Sinclair, D., Klassen, T. P., & Evered, L. (2016). What Works and What's Safe in Pediatric Emergency Procedural Sedation: An Overview of Reviews. *Academic Emergency Medicine*, 23(5), 519–530. <https://doi.org/10.1111/acem.12938>
- Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2018). Perspectives of Pediatric Nursing. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed., p. 1424). St Louis: Elsevier - Health Sciences Division.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. Mosby.
- Huang, C., & Johnson, N. (2016). Nitrous Oxide, From the Operating Room to the Emergency Department. *Current Emergency and Hospital Medicine Reports*, 4(1), 11–18. <https://doi.org/10.1007/s40138-016-0092-3>
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic Confort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178–1184.
- Martin, H. A., Noble, M., & Wodo, N. (2018). The Benefits of Introducing the Use of Nitrous Oxide in the Pediatric Emergency Department for Painful Procedures. *Journal of Emergency Nursing*, 44(4), 331–335.
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.02.003>
- Ministério da Saúde. *Despacho n.º 3762/2015 do Ministério da Saúde*. , Pub. L. No. Diário da República: 2.ª série, N.º 73 (2015).
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). DOR - Guia Orientador de Boa Prática. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.), *Cadernos OE*. <https://doi.org/277637/08>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.), *Cadernos OE* (Vol. 1). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 351/2015. , Diário da República, 2ª série -

N.º 119 - 22 de Junho de 2015 § (2015).

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 422/2018. , Diário da República, 2ª série - N.º 133 - 12 de julho de 2018 § (2018).

Rafael, M. S., Portela, S., Sousa, P., & Fernandes, A. C. (2017). Utilização do serviço de urgência pediátrica: a experiência de um centro português. *Scientia Medica*, 27(1), 1–8. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2017.1.24919>

Rodrigues, S. (2012). Contributos psicológicos para a compreensão da utilização inapropriada de um serviço de urgência pediátrica. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(nº 7), 73–82. <https://doi.org/10.12707/RIII1114>

Wiseman, T., Curtis, K., Young, A., Van, C., & Foster, K. (2018). 'It's turned our world upside down': Support needs of parents of critically injured children during Emergency Department admission – A qualitative inquiry. *Australasian Emergency Care*, 21(4), 137–142. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2018.09.002>

**APÊNDICE VI – INSTRUÇÃO DE TRABALHO: USO DE PROTÓXIDO
DE AZOTO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA**

1. OBJECTIVO

Esta Instrução de Trabalho pretende uniformizar o uso e administração de Protóxido de Azoto (Mistura Equimolar de Oxigénio e Protóxido de Azoto) em procedimentos dolorosos em Crianças e Adolescentes

2. ÂMBITO

Esta Instrução de Trabalho aplica-se a Médicos e Enfermeiros que exerçam funções no Hospital CUF Descobertas

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 REFERÊNCIAS

1. Martin HA, Noble M, Wodo N. The Benefits of Introducing the Use of Nitrous Oxide in the Pediatric Emergency Department for Painful Procedures. J Emerg Nurs [Internet]. 2018 Jul;44(4):331–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0099176717305445>
2. de Almeida RBF. Utilização de Protóxido de Azoto na Urgência Pediátrica [Internet]. Universidade de Coimbra; 2018. Available from: <http://hdl.handle.net/10316/82550>
3. Abdelkefi A, Abdennebi Y Ben, Mellouli F, Othman T Ben, Torjman L, Ladeb S, et al. Effectiveness of fixed 50% nitrous oxide oxygen mixture and EMLA cream for insertion of central venous catheters in children. Pediatr Blood Cancer [Internet]. 2004 Dec;43(7):777–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/pbc.20186>
4. Gall O, Annequin D, Benoit G, Van Glabeke E, Vrancea F, Murat I. Adverse events of premixed nitrous oxide and oxygen for procedural sedation in children. Lancet [Internet]. 2001 Nov;358(9292):1514–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673601065758>
5. Annequin D, Carbajal R, Chauvin P, Gall O, Tourniaire B, Murat I. Fixed 50% Nitrous Oxide Oxygen Mixture for Painful Procedures: A French Survey. Pediatrics [Internet]. 2000 Apr 1;105(4):e47–e47. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/lookup/doi/10.1542/peds.105.4.e47>
6. Direcção-Geral da Saúde. Orientação da Direcção-Geral da Saúde Nº 022/2012 [Internet]. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Lisboa, Portugal; 2012. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
7. Luhmann JD, Kennedy RM, Porter FL, Miller JP, Jaffe DM. A randomized clinical trial of

continuous-flow nitrous oxide and midazolam for sedation of young children during laceration repair. Ann Emerg Med [Internet]. 2001 Jan;37(1):20–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0196064401563520>

3.2 ABREVIATURAS

N₂O – Protóxido de Azoto

O₂ – Oxigénio

MEOPA – Mistura Equimolar de Oxigénio e Protóxido de Azoto (50% O₂ + 50% N₂O)

3.3 DEFINIÇÕES

O **N₂O** é uma molécula inorgânica, incolor, inodora e insípida, administrada por via inalatória, absorvida por difusão no pulmão. Tem baixa solubilidade e não é metabolizada sendo rapidamente eliminada intacta através da expiração. Tem um início de acção de 30-60 segundos e término de acção após descontinuação de 1 a 2 minutos. Tem efeito anestésico, analgésico, ansiolítico com sedativo e amnésico mas com fraca repercussão a nível cardiovascular, respiratório e do estado de consciência (1,2).

Procedimentos com utilização de MEOPA (2–6):

- Punção venosa periférica
- Punção lombar
- Limpeza e sutura de lacerações
- Limpeza de feridas e realização de penso
- Colocação de sondas (Gástricas/Vesicais)
- Injecção de toxina butolínica
- Artrocenteses
- Redução de fraturas
- Remoção de drenos
- Colocação de catéteres venosos centrais

Contraindicações para a utilização de MEOPA (4)

- Pneumotórax ou Pneumoperitoneu
- Enfisema pulmonar
- Embolia gasosa
- Traumatismo craniano (Hipertensão intracraniana)
- Oclusão intestinal
- Alteração do Estado de Consciência (Inconsciente)
- Utilização de psicofármacos
- Crianças <1 Ano ou não colaborantes (contraindicação relativa)

Efeitos secundários associados à utilização de MEOPA (1–3,5,7)

- Euforia
- Sedação
- Náusea
- Vômitos
- Alucinações
- Alterações visuais/auditivas
- Tonturas
- Parestesias
- Cefaleias
- Sonolência

3.4 ANEXOS

ANEXO 1 – Esquema de montagem do equipamento para administração de MEOPA

ANEXO 2 – Folha de registo da realização do procedimento (HCD.IMP.1122.00)

4. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

- 4.1 Identificar crianças ou adolescentes com necessidade de intervenções invasivas de curta duração e associadas a dor ligeira/moderada ou geradoras de grande ansiedade e stress, sem fatores de contra-indicação para administração de MEOPA
- 4.2 Explicar o procedimento e o equipamento a utilizar à criança ou adolescente e familiares, abordando os benefícios, métodos, colaboração pretendida e efeitos secundários.
- 4.3 Preparar sala de tratamentos e equipamento de administração da MEOPA (Anexo 1) (6).
- 4.4 Realização do procedimento:
 - 4.4.1 Colocar a criança na posição necessária à realização do procedimento. Estabelecer os locais a ocupar pelos profissionais e pelos pais/familiares.
 - 4.4.2 Colocar equipamento de monitorização de sinais vitais (6).
 - 4.4.3 Colocar a máscara/bucal devidamente adaptada/o evitando fugas de gás. Envolver a colocação e manutenção da máscara/bucal num enredo (imaginação guiada) (6,7).
 - 4.4.4 Incentivar a inspiração profunda e evitar a hiperventilação superficial.
 - 4.4.5 Iniciar o procedimento após 3 min do início da inalação da MEOPA (1,4,6).
 - 4.4.6 Vigiar a eficácia e efeitos adversos da administração da MEOPA e contabilizar o tempo de administração.
 - 4.4.7 Promover a participação e colaboração dos pais/familiares (6).
 - 4.4.8 Manter vigilância de efeitos adversos até 5 min após descontinuação da administração de MEOPA (3,5,6).
 - 4.4.9 Após terminar procedimento e vigilância entregar máscara/bucal à criança (mais importante se previsível a utilização repetida).

4.5 Limpar e arrumar o material segundo as normas estabelecidas.

4.6 Proceder ao registo do procedimento em folha própria de utilização da MEOPA (Anexo 2).

ELABORADO POR

APROVADO POR

ANEXO I

Inserir foto com esquema de montagem do equipamento de N2O

ANEXO II

Inserir folha de registo de utilização de N2O

**APÊNDICE VII – PROJETO DE CRIAÇÃO DE UMA CAIXA DA
BRINCADEIRA NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Caixa da Brincadeira

Introdução

A atividade lúdica/brincar é uma das características mais importantes da infância e crucial para o desenvolvimento da criança enquanto estratégia e processo de conhecimento de si próprio, das suas capacidades e limitações, e dos outros e do mundo em que se insere (Curado, Neto, & Van der Kooij, 2003) e também um meio de expressão da criança indispensável ao seu crescimento e desenvolvimento (Carvalho & Begnis, 2006). “Brincar não é só um direito é uma necessidade. Brincar não deve ser uma imposição, mas uma descoberta. Brincar/jogar não é só uma ideia é uma vivência. O jogo não é um processo definitivo é um processo aleatório. Jogar/brincar não é só incerteza é uma forma acrescida de ganhar segurança e autonomia.” (Neto & Lopes, 2017, p.9).

Ao brincar a criança está a realizar uma atividade que lhe é prazerosa e simultaneamente a utilizá-la como suporte no refinamento da sua capacidade de adaptação ao ambiente em que está inserida (Curado et al., 2003). Ao contactar com o ambiente hospitalar, a criança é sujeita a um conjunto de experiências que podem ter um impacto negativo no estado psicológico da criança, manifestado por regressões comportamentais, agressividade, apatia, entre outras (Carvalho & Begnis, 2006). Para estes autores as instituições deveriam proporcionar ambientes propícios à continuidade do desenvolvimento infantil, minimizando as situações traumáticas, e facilitando a recuperação, sendo a utilização da atividade lúdica um fator importante neste processo de reabilitação da capacidade de adaptação da criança uma vez que “mesmo doente, a criança sente necessidade de brincar” (Carvalho & Begnis, 2006, p.110).

Neste sentido, a intervenção de enfermagem pode e deve ser mediada através da brincadeira lúdica, intencionalmente aplicada como “estratégia de comunicação terapêutica em linguagem adequada ao desenvolvimento cognitivo e intelectual da criança/adolescente (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Permite-se assim à criança ter a oportunidade de expressar os seus medos, desejos, emoções e tensões, no sentido de potenciar o seu controlo sobre as situações, o que é frequentemente facilitado através da utilização de um brinquedo terapêutico (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Ao brincar, a ligação estabelecida entre a criança e o profissional pode alterar o foco

da atividade exercida para a relação estabelecida, ocorrendo também sobre os pais, proporcionando reorganização e descanso e conferindo assim uma intencionalidade terapêutica adicional (Carvalho & Begnis, 2006).

Objetivos

Providenciar equipamento adequado à etapa do desenvolvimento da criança e do adolescente passível de ser utilizado para minimizar ou permitir uma melhor gestão da dor, ansiedade e desconforto associados à realização de procedimentos (diagnósticos ou terapêuticos).

Capacitar os profissionais de saúde para a utilização de estratégias de distração e/ou estratégias não farmacológicas de intervenção na dor e no desconforto, em função da etapa de desenvolvimento da criança e do adolescente.

Âmbito

Todos os profissionais de saúde que desempenhem funções no Departamento de Pediatria.

Conceitos

Brincar – Meio privilegiado de expressão da criança através do qual manifesta os seus medos, desejos e experiências, permitindo simultaneamente libertar emoções, tensões e frustrações. É uma forma de interacção que permite à criança manter o controlo das situações e exercer a sua espontaneidade e criatividade comunicando dessa forma com os outros (Ordem dos Enfermeiros, 2013). A qualidade desta atividade apresenta 4 dimensões: controlo interno (intencionalidade), motivação intrínseca (desejo, persistência) flexibilidade (iniciativa, variação, constância) e auto-domínio (tomada de decisão) (Curado et al., 2003).

Brincadeira terapêutica – processo de partilha de informação bidirecional entre o enfermeiro e a criança através da brincadeira, por forma a desenvolver-se um processo de ajuda e de intervenção terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2013)

Procedimentos clínicos – Qualquer intervenção diagnóstica ou terapêutica realizada à criança e à qual se associam experiências sensoriais e emocionais desagradáveis resultantes de lesão real ou potencial dos tecidos, habitualmente acompanhada por medo e ansiedade. São a “causa mais frequente de dor na criança que recorre aos

serviços de saúde” (Direcção-Geral da Saúde, 2012, p.3). A realização deste tipo de procedimentos na criança e no adolescente, exige que o enfermeiro atenda “(...) à segurança física e à segurança emocional, pelo que devem ser tidas em consideração as características do desenvolvimento, nomeadamente as competências cognitivas e psicomotoras, e também as competências de *coping* para lidar com o procedimento, independentemente de este implicar ou não lesão física indutora de dor.” (Curado et al., 2016, p.255). Segundo estes autores, nestas situações os principais fatores indutores de *stress* são:

- Desconhecimento sobre o procedimento que vai ser realizado,
- O medo da separação dos pais,
- A perda de controlo,
- O medo da lesão corporal,
- O medo da dor.

Dor – “Experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua percepção e expressão” (Direcção-Geral Da Saúde, 2010. p.4); “Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real, ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão.” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.11)

Brinquedo – diferentes tipos de brinquedos podem ser utilizados como “(...) estratégia facilitadora na preparação da criança para os procedimentos e tem revelado benefícios, nomeadamente na aceitação da criança e consequentemente na sua cooperação e necessidade de restrição de movimentos.” (Curado et al., 2016, p. 257).

Caixa de Brinquedos – Conjunto de artigos diversos de material didático, lúdico ou terapêutico, adequado às diversas etapas do desenvolvimento, com o propósito de facilitar a implementação de estratégias não farmacológicas através de um brinquedo terapêutico para o alívio da dor, do desconforto ou da ansiedade (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Material presente na “Caixa da Brincadeira” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p.63)

Idades Brinquedo terapêutico e lúdico ; Material didático e terapêutico

**0 – 12
meses**

- Brinquedos macios, com cores vivas, que produzem sons: roca, telemóvel e caixinha de música;
- Panos macios;
- Bola com espelho e som, bola macia;
- Livros com música e texturas em relevo;
- CD's de música para bebés;
- Máscara, barrete, frasco/sistema de soro e penso.

**1 - 3
anos**

- Boneco para servir de modelo.
- Material didático como compressas, pensos, adesivo, ligaduras.
- Livros de histórias que podem estar relacionadas com a saúde: «O Diogo vai ao hospital», «O Diogo vai às vacinas», «O Ruca está doente»;
- Livros coloridos com histórias, canções e rimas;
- Instrumentos musicais como o tambor, a pandeireta, o piano, o xilofone;
- Jogos de encaixe;
- Fantoques de dedo;
- Caixinha com grãos de café;
- CD's de música para crianças;
- Material, como lápis e papel, para desenhos;
- Apitos coloridos tipo «língua da sogra»;

**4 - 6
anos**

- Bolas de sabão.
- Boneco para servir de modelo;
- Material didático, como compressas, pensos, adesivos, ligaduras, seringas, frasco e sistema de soro;
- Fantoques, bonecos variados;
- Livros de histórias, que podem estar relacionadas com a saúde: «A Anita no Hospital»;
- Livros coloridos com histórias, canções, lengalengas, rimas, adivinhas;
- Jogos, como os *puzzles*;
- Material como lápis e papel para desenhos;
- CD's de música e histórias infantis e vídeos;
- «Cobra d'água»;
- Apitos coloridos tipo «língua da sogra»;
- Bolas coloridas;
- Blocos de diplomas ou medalhas de bom comportamento.

**7 - 11
anos**

- Livros «O Corpo Humano»;
- Material didático, como compressas, pensos, adesivos, ligaduras, seringas;
- Livros de temáticas diversas: ciência, anedotas, adivinhas;

- Jogos: puzzles, «quebra-cabeças», encaixar bolas em buracos, enigmas, *sudoku*, palavras cruzadas;
 - CD's de música e vídeos;
 - Bolas coloridas anti-estresse, «Cobra d'água», copo de massa maleável que permite produzir sons (para exercícios de relaxamento).
- 12 - 18 anos**
- Livros «O Corpo Humano»;
 - Livros de temáticas diversas: ciência, anedotas, adivinhas;
 - Jogos: *puzzles*, «quebra-cabeças», encaixar bolas em buracos, enigmas, *sudoku*, palavras cruzadas, cartas;
 - CD's de música e vídeos;
 - Bolas coloridas anti-estresse.

Armazenamento e Localização

Todo o material deverá ficar numa caixa no formato de arquivo com 5 gavetas para divisão por faixa etária do material a utilizar (Anexo I):

- 0 a 12 Meses (Frasco de bolas de sabão; fantoches de dedo; rocas)
- 1 a 3 Anos (Frasco de bolas de sabão; fantoches de dedo; livros, lápis de colorir, instrumentos musicais)
- 4 a 6 Anos (Bonecos, kit de saúde, fantoches de mão, livros, lápis de colorir, caleidoscópios)
- 7 a 11 Anos (Livros, puzzles, bolas anti-stress)
- 11 a 18 Anos (Livros, puzzles, bolas anti-stress)

Deverá também ficar localizada num local de fácil acesso e visibilidade para que a sua utilização seja potenciada.

Referências Bibliográficas

- Carvalho, A. M., & Begnis, J. G. (2006). Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. *Psicologia Em Estudo*, 11(1), 109–117. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000100013>
- Curado, M. A., Neto, C., & Van der Kooij, R. (2003). Comportamento Lúdico da criança portadora de Trissomia 21. In C. Neto (Ed.), *Jogo & Desenvolvimento da Criança* (FMH-UTL, pp. 83–98). Cruz Quebrada.
- Curado, M. A. S., Malheiro, M. I. C., Paixão, M. J. G., Vasconcellos, M. T., Gonçalves, D. C., & Carreira, F. G. (2016). Posicionamentos associados a procedimentos em pediatria. In M. J. Lourenço, Ó. Ferreira, & C. L. Baixinho (Eds.), *Terapêutica de Posição - Contributo para um cuidado de saúde seguro* (1ª Edição, pp. 255–277). Loures: Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.
- Direcção-Geral da Saúde. (2012). Orientação da Direcção-Geral da Saúde Nº 022/2012. In *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Direcção-Geral Da Saúde. (2010). Orientação da Direcção-Geral Da Saúde Nº 014/2010. In *Orientações técnicas sobra a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa.
- Neto, C., & Lopes, F. N. V. (2017). *Brincar em Cascais*. Cascais: Cercica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). DOR - Guias Orientadores de Boa Prática. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.), *Cadernos OE*. <https://doi.org/277637/08>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. In *Cadernos OE* (Vol. 1).

Anexo I

Exemplo de arrumação com 5 gavetas e tiras de identificação para material da “Caixa da brincadeira”



https://www.niveladoresdepisosbrasil.com.br/2_gaveteiros_caixa_organizadora_com_5_gavetasgrande/prod-6702225/ (Acedido a 01/11/2019)

0 a 12 Meses
1 a 3 Anos
4 a 6 Anos
7 a 11 Anos
12 a 18 anos

**APÊNDICE VIII – SÍNTESE REFLEXIVA DO ENSINO CLÍNICO NO
CENTRO DE REABILITAÇÃO**

Descrição

O momento de aprendizagem que vou reportar decorreu durante um período de duas semanas num centro de reabilitação pediátrica, onde tive oportunidade de observar e participar na intervenção de diversos enfermeiros, de cuidados gerais e especializados, quer em contexto de ambulatório quer de internamento, bem como a sua interação e articulação com uma grande diversidade de outros profissionais de saúde. O centro ao qual faço referência é um centro especializado de reabilitação, nível IV-a, de acordo com o estabelecido na Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referenciação de Medicina Física e Reabilitação (Sampaio et al., 2017).

No internamento dispõe de capacidade para 12 crianças em que os pais podem ficar a acompanhar, durante 24h, permanecendo junto à criança durante a noite num sofá-cama. As salas para tratamento são todas no mesmo piso, permitindo a deslocação das crianças com maior autonomia sem obstáculos arquitetónicos, embora sempre acompanhadas por um profissional durante estas deslocações. Tem também um refeitório amplo permitindo deslocações seguras. Todos os espaços estão decorados com cores vivas e desenhos/bonecos com temas adequados. Há duas salas de educação com professores que permitem acompanhamento escolar em casos de internamento mais prolongado. Na vertente de ambulatório existem duas salas de consulta de enfermagem no rés-do-chão, e uma sala de avaliação e tratamento localizada no 1º andar, onde se realizam avaliações multidisciplinares das crianças seguidas e se procede a tratamentos com administração de toxina botulínica.

A nível da equipa de Enfermagem esta é constituída por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica [EESIP], especialistas em enfermagem de reabilitação [EER] e de cuidados gerais. Utilizam uma metodologia de trabalho mista com o método individual e de equipa (Costa, 2016) e a teoria subjacente à prática de cuidados é suportada pelas Atividades de Vida Diária (Roper, Logan, & Tierney, 2001), acrescendo-se a utilização de instrumentos padronizados como escalas de avaliação específicas, das quais saliento a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) (Laíns, 1991). Esta escala avalia 6 dimensões: autocuidado, controlo de esfíncteres, mobilidade e transferências e locomoção no domínio motor, e comunicação e cognição social no domínio cognitivo (Curado, 2016).

A utilização desta escala permite a padronização de conceitos e definições tornando a comunicação mais clara e possibilitando a determinação da gravidade da incapacidade, avaliar a evolução dos ganhos funcionais e avaliar os resultados das intervenções, permitindo assim a nível da enfermagem diagnosticar, planejar, intervir e avaliar as intervenções de enfermagem (Curado, 2016). Os objetivos dos cuidados de enfermagem a estas crianças, adolescentes e famílias estão muito alinhado com o descrito a nível da intervenção do EER, visando a manutenção das capacidades funcionais, a prevenção de complicações e incapacidades, a melhoria das funções residuais, a manutenção ou recuperação da independência nas atividades de vida e minimização do impacto das incapacidades instaladas (OE, 2019b).

Sensações

Este estágio era aguardado com expectativa pelo facto de apresentar características diferentes do contexto onde exerço funções diariamente. A possibilidade de experienciar o desenvolver de intervenções em processos de saúde muitas vezes morosos e trabalhosos, com ganhos em saúde diluídos no tempo, por vezes sem recuperação total e de grande necessidade de adaptação da criança e família, e as intervenções de enfermagem que contribuem para este ganho, em particular a intervenção do EEESIP. Por oposição, no meu contexto de trabalho foco principal da intervenção multidisciplinar é a recuperação da situação aguda, sendo todo o processo de recuperação subsequente realizado noutros serviços, inibindo a perceção quer do investimento em cuidados necessário quer da evolução e resultados. Neste estágio esta perceção poderia ser realizada com *insights* importantes para uma melhoria da prestação de cuidados na situação aguda com repercussão numa fase mais tardia da intervenção.

Noutra perspetiva, tendo em conta o contexto multiprofissional em que decorre a intervenção às crianças neste centro, tinha como objetivo identificar de que modo é que se realiza e concretiza a intervenção do EEESIP num contexto multiprofissional alargado e em especial outros enfermeiros especialistas, neste caso EER, proporcionando uma oportunidade ímpar na identificação de áreas de intervenção, na definição de limites da intervenção do EEESIP bem como da sua complementaridade em relação aos outros profissionais.

Avaliação

As experiências e situações vividas durante este período de estágio corresponderam às expectativas apontadas atrás, através da observação, participação e reflexão nos cuidados prestados às crianças internadas no centro, e também pela participação nas reuniões multidisciplinares quer do internamento quer do ambulatório em relação à intervenção à criança e família. Tive também oportunidade de observar a aplicação de toxina botulínica em crianças com Paralisia Cerebral e limitação da mobilidade (Amorim, 2007), tratamento regularmente feito com administração de protóxido de azoto (N₂O) (Huang & Johnson, 2016) como medida de minimização da dor e seguindo a recomendação da Direcção-Geral da Saúde (DGS) (Direcção-Geral da Saúde, 2012) e o Guia Orientador de Boa Prática na Dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008), sendo a administração realizada de forma autónoma pela enfermeira, o que permitiu discutir estratégias de aplicação, eficácia, dificuldades de administração e estratégias resolutivas, e de que forma é que esta técnica e a intervenção de enfermagem poderiam ser promotoras de conforto.

A aplicação de N₂O é previamente planeada pela médica e enfermeira e explicado aos pais a utilidade da sua utilização procurando obter consentimento para a sua utilização. Durante a administração do N₂O o nível de eficácia é avaliado pela enfermeira utilizando frequentemente a avaliação do nível de conforto realizada pelos pais, que conhecem melhor o padrão comportamental da sua criança e que demonstra neste aspeto a importância da parceria de cuidados para uma intervenção personalizada (Jolley & Shields, 2009) e utilizando a escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) uma vez que as crianças intervencionadas não têm capacidade cognitiva e comunicativa para avaliarem a sua própria dor, o que está de acordo com as recomendações de avaliação da dor da Direcção-Geral da Saúde (Direcção-Geral Da Saúde, 2010). A eficácia da administração depende não só da técnica correta de ajuste do equipamento, como também da utilização de intervenções não farmacológicas associadas por parte da enfermeira, e que potenciam o efeito terapêutico utilizando frequentemente o cantarolar, o falar tranquilamente e com expressões carinhosas, o toque suave, incluindo-se nas intervenções de distração (comportamental) e toque terapêutico (suporte emocional) (Ordem dos Enfermeiros, 2013). A avaliação é feita no final pela presença de efeitos adversos e pelo grau percecionado de conforto por parte da enfermeira e dos pais. Esta prática é coerente com os princípios dos cuidados não traumáticos definidos como cuidados

terapêuticos aplicados “através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 11).

Criei também um dossier temático de artigos sobre promoção da esperança e um *link* permanente para acesso aos artigos, por forma a colaborar num projeto a implementar no internamento pelos EEESIP que reconheceram ser uma competência especializada (Ordem dos Enfermeiros, 2018) a desenvolver no internamento, que corresponde a uma área de intervenção especializada como vem identificado no Regulamento Nº 351/2015 que define os padrões de qualidade dos cuidados especializados do EEESIP (OE, 2015). A esperança está associada ao fortalecimento das capacidades psicológicas e fisiológicas em lidar com situações de doença crónica (OE, 2011b), e é essencial para o sucesso do desenvolvimento de estratégias de coping e adaptação à doença enquanto “processo ativo de antecipação, acompanhado pelo desejo e expectativa de um possível futuro positivo.” (Charepe, Figueiredo, Vieira, & Afonso Neto, 2011, p. 351).

A definição de esperança na Classificação internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) caracteriza um “sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia.” (International Council of Nurses, 2018). Já Charepe et al. (2011) definem-na como dinâmica, multidimensional, personalizada, central à vida, orientada para o futuro, confere *empoderamento* e relaciona-se com a ajuda externa, o cuidar e o conceito de fé. Por conseguinte, identificando-se a esperança como um processo humano face à doença torna-se um foco dos cuidados de enfermagem concretizado através de intervenções promotoras da adaptação necessária, de suporte emocional, espiritual, formativo e instrumental quer à criança ou adolescente quer à sua família, no que se pode caracterizar como intervenções promotoras da esperança (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Análise

De todas as aprendizagens tenho a relevar duas em particular, relacionadas com os aspetos já atrás mencionados dos cuidados diretos à criança e família e da intervenção e relacionamento interprofissional.

As crianças que são seguidas neste centro têm situações de incapacidade que pode ser total ou parcialmente recuperável, e transitória ou definitiva, visando a intervenção nestas crianças e famílias a maximização da autonomia, atendendo, no entanto, que são crianças e famílias com situações contextuais muito diversas, mas frequentemente de elevada complexidade. A intervenção de enfermagem é claramente evidente nas avaliações do grau de incapacidade e necessidades, no planeamento e ajustamento/adaptação de equipamento que existe neste centro e é altamente personalizável às necessidades específicas identificadas, na continuada explicação da adaptação e utilização efetiva do material bem como o incentivo à sua utilização, bem como a promoção da autonomia, autoconfiança e competência, em particular pela atuação dos EER, havendo também um ajustamento necessário dessas intervenções à idade e estágio de desenvolvimento da criança, uma vez que algumas crianças apresentam limitações cognitivas como paralisia cerebral ou lesões resultantes de trauma craniano, alterações na perceção individual de autoimagem e da integração de uma limitação permanente no “eu” em desenvolvimento da criança, no qual a intervenção do EEESIP é igualmente preponderante. Concomitantemente, os pais ou família têm também de se descobrir e reinventar nesta interação com a sua criança, colocando-os igualmente sobre uma pressão elevada de desempenho parental que deve ser fomentado e apoiado, permitindo os ajustamentos necessários a um acompanhamento da criança de forma eficaz e satisfatória num novo projeto conjunto, sendo assim também um foco de intervenção do EEESIP.

Uma situação presenciada relevou a questão dialética da autonomia vs funcionalidade num adolescente com hemiparésia que tinha uma cadeira de rodas adaptada. Esta cadeira permitia-lhe autonomia e conforto na deslocação entre locais através do uso de uma alavanca manual. Contudo, o uso desta alavanca criava uma dependência funcional do membro afetado em relação ao saudável inibindo assim a recuperação por não estimulação do lado afetado. Aqui apresenta-se um conflito de objetivos que exigiu uma negociação entre o desejável e o possível conduzindo à construção de uma solução significativa para o adolescente, determinando-se a utilização da alavanca apenas em situações específicas como a deslocação entre salas para realização de tratamentos.

Segundo a Teoria do Conforto (Kolcaba, 1994) esta situação poderá ser descrita como as pressões alfa obstrutivas de hemiparésia e limitação da mobilidade (físicos)

e de dificuldade na socialização (socioculturais) estavam a ser minimizados pela utilização da alavanca (pressão alfa interativa) conduzindo a uma perceção de conforto (pressão beta). Após a intervenção de enfermagem (pressão alfa facilitadora) de informação, capacitação e negociação promove-se uma alteração da perceção de conforto (pressão beta) que traduz um estado de conforto aumentado e que conduz á adoção de comportamentos promotores da saúde, que se irão manifestar internamente pela melhoria da autonomia e estado funcional, e externamente pela maior autonomia, manutenção da capacidade de socialização, sensação de capacidade e autorrealização, e adesão ao plano terapêutico, neste caso, a utilização em situações específicas da alavanca de propulsão.

De igual importância na intervenção é o apoio necessário aos pais destas crianças, enquanto eles mesmos alvo dos cuidados de enfermagem pediátrica no âmbito da filosofia de cuidados centrados na família (Alves, Amendoeira, & Charepe, 2017; Mendes & Martins, 2012). Na sua experiência e confronto com uma situação de doença incapacitante, prolongada ou definitiva, são sujeitos a diversas alterações que lhes exigem o desenvolvimento de estratégias de coping quer pessoal, quer familiar e social, de adaptações de rotinas e disponibilidades, criando muito frequentemente uma pressão adicional à inerente ao processo de doença da criança (Alves et al., 2017; Clawson, 1996; Simkiss, 2012). Se prolongada, esta situação pode conduzir a um esgotamento da capacidade de coping (Clawson, 1996; Simkiss, 2012), conduzir ao desenvolvimento de tristeza crónica (Batchelor & Duke, 2019; Coughlin & Sethares, 2017) e colocar os pais/familiares numa situação sub-ótima para o apoio à sua criança ou até numa situação de necessidade de apoio eles próprios (Clawson, 1996; Coughlin & Sethares, 2017; Simkiss, 2012). Neste centro não só esta necessidade é frequentemente avaliada como são criadas condições para realizar o internamento da criança para descanso do cuidador, também designado por *Respite Care*, como estratégia de apoio aos pais/familiares cuidadores providenciando uma diminuição do esforço a que se encontram sujeitos, e permitindo uma reorganização e recapitalização da disponibilidade necessária ao exercício da sua parentalidade de forma efetiva em relação à sua criança (Coughlin & Sethares, 2017; Simkiss, 2012).

Este é uma área de excelência para a intervenção do EEESIP promovendo o *empoderamento* parental através da capacitação dos pais para o cuidar da criança, providenciando suporte emocional e como fonte de informação (Alves et al., 2017),

avaliando a necessidade de um período de descanso por dificuldade de lidar com as diversas solicitações (Simkiss, 2012), e como promotor da esperança (Carvalho, Lourenço, Charepe, & Nunes, 2019), indo assim de encontro às recomendações do Guia Orientador de Boas Práticas (Ordem dos Enfermeiros, 2011a) e exercendo no âmbito das competências para o exercício da especialidade estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2018) bem como dando cumprimento aos padrões de qualidade da prática de cuidados especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Abordando este aspeto na perspetiva da Teoria do Conforto (Kolcaba, 1994), pode-se argumentar que o conjunto das pressões alfa obstrutivas como o cansaço físico e emocional (físico e psicológico), emprego e família (social) e as pressões alfa interativas (equipamento, apoio social,...) criam uma pressão beta de perceção de conforto diminuído, que após as intervenções de enfermagem (pressões alfa facilitadoras) influenciam as pressões beta no sentido da alteração da perceção de conforto para um estado de conforto aumentado, contribuindo assim para uma predisposição à adoção de comportamentos promotores da saúde como a diminuição do cansaço e a maior disponibilidade para cuidar eficazmente da criança.

Um último aspeto relacionado com a intervenção direta à criança e família, prende-se com a intervenção de enfermagem na modelação da perceção de saúde/doença e capacidade/incapacidade por parte quer das crianças quer dos pais/familiares em situações de limitação definitiva. Reflete-se nesta confrontação o processo de perda quer para a criança, pelo que conseguia e agora já não é capaz (Compas, Jaser, Dunn, & Rodriguez, 2012), quer para os pais quanto à criança e futuro idealizados (Batchelor & Duke, 2019; Clawson, 1996; Coughlin & Sethares, 2017). Decorre deste processo uma necessidade de intervenção de enfermagem no sentido da gestão de objetivos, gestão da culpa, perceções, expectativas e também da esperança (Batchelor & Duke, 2019; Carvalho et al., 2019; Coughlin & Sethares, 2017) por forma a dar resposta a estas necessidades, sendo as intervenções baseadas na filosofia dos Cuidados Centrados na Família reconhecidas como de grande impacto nestes processos (Batchelor & Duke, 2019; Coughlin & Sethares, 2017). Foi possível presenciar a constatação da criança da sua própria capacidade após incentivo e informação por parte do enfermeiro quanto à realização de alguma tarefa. De igual modo presenciei a necessidade de adequação do conteúdo, quantidade e forma da

informação prestada aos pais/familiares, permitindo um ajustamento progressivo da sua perceção das capacidades da criança aproximando-a do real.

Quanto à intervenção do EEESIP na equipa multidisciplinar foi de particular importância poder participar em reuniões multidisciplinares quer no internamento quer na consulta externa, e poder perceber o contributo que é possível ser prestado enquanto EEESIP. Nestas reuniões a observação e avaliação de diversos profissionais permite agregar de uma forma global as visões pormenorizadas de cada um, processo fundamental para um ajustamento do plano de cuidados através da identificação de limitações, estabelecendo objetivos realistas e adequados, e aplicando intervenções ajustadas às necessidades e capacidades da criança e família, tendo em vista os recursos disponíveis. Estas reuniões ocorrem com a utilização de terminologia técnica específica a cada profissão (procedimentos, escalas, materiais, ...), o que exige um conhecimento aprofundado desta terminologia de modo a ocorrerem intervenções colaborativas no sentido da construção de uma resposta integrada e holística às necessidades identificadas da criança e família.

Este processo de discussão e tomada de decisão multiprofissional acaba por ser a manifestação palpável do que vem plasmado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013) e em particular no ponto II.6 quanto a proporcionar apoio continuado a crianças e famílias com doença crónica/deficiência.

Foi também presenciado que na ausência de alguns profissionais durante a reunião e detendo o EEESIP informação acerca dos aspetos relevantes para a discussão do caso da criança, lhe foi possível apresentar essa informação na ausência desses profissionais o que permitiu assim a continuação da avaliação e tomada de decisão de forma mais informada e abrangente em relação à criança em questão. Esta intervenção reflete o papel interventivo do EEESIP enquanto gestor de caso, conhecedor das diversas ramificações e intervenientes na saúde da criança e família em contexto, permitindo-lhe ter uma visão abrangente e holística, mobilizando os recursos ao seu dispor para uma resposta atempada e adequada de acordo com as suas competências (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Também neste sentido está a orientação inscrita no PNSIJ para a liderança destes processos ser realizada preferencialmente “pelo médico assistente ou pelo enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica/enfermeiro de família” (Direcção-Geral da Saúde, 2013, p. 34).

Outro aspeto presenciado da intervenção do EEESIP foi a orientação para a gestão e adequação dos cuidados e equipamentos a serem implementados na situação de saúde da criança, mas sempre com uma vertente antecipatória, como por exemplo a preocupação com a antecipação de problemas relacionados com o desajustamento progressivo de equipamentos fruto do crescimento da criança, e de que forma estes poderiam ser antecipadamente preparados e resolvidos, o que vai igualmente em linha com as competências específicas (Ordem dos Enfermeiros, 2018) e os padrões de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015) já atrás referidos.

Um último aspeto a ressaltar foi a oportunidade de experienciar em contexto a intervenção simultânea de dois EE de especialidades diferentes, verificando como o comportamento profissional, a gestão de cuidados, a prática baseada na evidência, a gestão de recursos e de trabalho em equipa ocorriam de forma muito semelhante, espelhando assim as competências comuns de EE (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Por outro lado as intervenções específicas de cada EE são claramente distintas mas complementares, a do EER enquadrada na gestão dos processos com vista à maximização da funcionalidade e autonomia nas atividades de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2019b) e a do EEESIP enquadrada na promoção da maximização do desenvolvimento com adaptação da intervenção ao estágio de desenvolvimento da criança e envolvente familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Conclusões

Deste momento de aprendizagem retirei aprendizagens relativamente à abordagem à criança e família com doença crónica ou incapacitante, da intervenção continuada na construção dum novo projeto de saúde e de vida promovendo a maximização da autonomia nas atividades de vida diárias, na maximização do bem-estar e desenvolvimento, bem como na implementação de estratégias de controlo da dor e da importância das intervenções não farmacológicas no sucesso deste controlo, dando corpo e à filosofia dos cuidados não traumáticos em pediatria. Por outro lado, identifiquei áreas de intervenção do EEESIP e de que forma é que a sua intervenção é importante, colaborativa e centrada na família e, complementar neste contexto multiprofissional e em atuação conjunta com outros EE, criando sinergias para um conjunto de intervenções mais personalizado e holístico, nas quais se incluem as de enfermagem, conseguindo corresponder melhor ao que é necessário e desejado por

parte da criança e família. Permitiu-me também tomar consciência da importância dos apoios sociais, equipamentos e recursos humanos, para a promoção duma recuperação eficaz ou de uma adaptação mais bem sucedida às limitações a que a doença condiciona, não menorizando o impacto que pode ter o descanso do cuidador (*Respite Care*) na facilitação da manutenção da estabilidade do núcleo familiar em que a criança está inserida. Aprendizagens estas que são transferíveis para o meu contexto diário de prática de cuidados.

Bibliografia

- Alves, J. M. N. de O., Amendoeira, J. J. P., & Charepe, Z. B. (2017). A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(4), 1–7.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0070>
- Amorim, R. (2007). Aplicações terapêuticas na criança - Toxina botulínica na paralisia cerebral. *Nascer e Crescer*, XVI(3), 186–187.
- Batchelor, L. L., & Duke, G. (2019). Chronic Sorrow in Parents with Chronically Ill Children. *Pediatric Nursing*, 45(4), 163–173.
- Carvalho, M., Lourenço, M., Charepe, Z., & Nunes, E. (2019). Intervenções promotoras de esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão scoping. *Enfermería Global*, 18(53), 646–660.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.342621>
- Charepe, Z. B., Figueiredo, M. H. de J. S., Vieira, M. M. da S., & Afonso Neto, L. M. V. (2011). (Re) descoberta de esperança na família da criança com doença crônica através do genograma e ecomapa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(2), 349–358. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000200018>
- Clawson, J. A. (1996). A child with chronic illness and the process of family adaptation. *Journal of Pediatric Nursing*, 11(1), 52–61.
[https://doi.org/10.1016/S0882-5963\(96\)80038-8](https://doi.org/10.1016/S0882-5963(96)80038-8)
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8(1), 455–480. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108>
- Costa, J. dos S. (2016). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium*, pp. 234–251. Retrieved from
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=&AN=edsdoj.f13eb043d6b74338ba06735a877a2a19&site=eds-live>
- Coughlin, M. B., & Sethares, K. A. (2017). Chronic Sorrow in Parents of Children with a Chronic Illness or Disability: An Integrative Literature Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 37, 108–116. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.011>
- Curado, M. A. dos S. (2016). A MEDIDA E AS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE DAS POPULAÇÕES NEONATAIS E PEDIÁTRICAS Estudo de

- Simulação de Monte Carlo com Variáveis Ordinais*. Universidade de Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde. (2012). Orientação da Direcção-Geral da Saúde N° 022/2012. In *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde. (2013). Norma da Direcção-Geral da Saúde N° 010/2013. In *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Retrieved from [papers2://publication/uuid/F8431BE9-EE38-48E0-AC22-7AECFDD0241F](https://publicacao.uuid/F8431BE9-EE38-48E0-AC22-7AECFDD0241F)
- Direcção-Geral Da Saúde. (2010). Orientação da Direcção-Geral da Saúde N° 014/2010. In *Orientações técnicas sobra a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (10th ed.). Mosby.
- Huang, C., & Johnson, N. (2016). Nitrous Oxide, From the Operating Room to the Emergency Department. *Current Emergency and Hospital Medicine Reports*, 4(1), 11–18. <https://doi.org/10.1007/s40138-016-0092-3>
- International Council of Nurses. (2018). *CIPE® - Português*. Retrieved from <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-download>
- Jolley, J., & Shields, L. (2009). The Evolution of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(2), 164–170. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.03.010>
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic Confort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178–1184.
- Laíns, J. (1991). *Guia para o uso do Banco Uniformizado de Dados para Reabilitação Médica - MIF. Vesão Portuguesa de Guide for the Uniform Data System for Medical Rehabilitation FIM (1984)*. Lisboa: Produção Sandoz.
- Mendes, M., & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III(6), 113–121. <https://doi.org/10.12707/RIII1144>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). DOR - Guia Orientador de Boa Prática. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.), *Cadernos OE*. <https://doi.org/277637/08>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos OE*, 2(3), 185.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Guias Orientadores De Boa Prática em

- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. In *Cadernos OE* (Vol. 3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.), *Cadernos OE* (Vol. 1).
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 351/2015. , Diário da República, 2ª série - N.º 119 - 22 de Junho de 2015 § (2015).
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 422/2018. , Diário da República, 2ª série - N.º 133 - 12 de julho de 2018 § (2018).
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. , Diário da República, 2ª série - N.º 26 - 6 de Fevereiro de 2019 § (2019).
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 392/2019. , Diário da República, 2ª série - n.º 85 - 3 de maio de 2019 § (2019).
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (2001). *O Modelo de Enfermagem Roper - Logan -Tierney* (1ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Sampaio, F., Pinto, C. V., Parada, F., Antunes, F., Da Silva, H. T., Caldas, J., ... Mirco, T. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Física e de Reabilitação*. Portugal.
- Simkiss, D. E. (2012). Community care of children with complex health needs. *Paediatrics and Child Health*, 22(5), 193–197.
<https://doi.org/10.1016/j.paed.2011.09.006>

**APÊNDICE IX – DOSSIER TEMÁTICO SOBRE PROMOÇÃO DA
ESPERANÇA**

Dossier Temático sobre Esperança e promoção da Esperança

Carlos Alberto de Melo da Silva Monteiro

Lisboa

Mês de XXXX

ÍNDICE

Introdução

Documentos Seleccionados	4
Área da Enfermagem	4
Área da Medicina	9
Área da Psicologia	11
Conclusão.....	14
Bibliografia.....	15

Introdução

O tema deste dossier é a esperança e a sua promoção, em particular na criança com doença crónica ou em situação de necessidade de cuidados continuados. Surgiu da necessidade de fundamentação teórica para a implementação de uma estratégia de intervenção no âmbito da intervenção especializada na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica na unidade de internamento de longa duração em que realizei estágio, projeto que está ainda na fase conceptual, e em que pude desta forma deixar o meu contributo na agilização e operacionalização desta iniciativa.

Muito embora um dossier temático possa conter diversas fontes de informação (documentos de arquivo, artigos de jornal, manuais, folhetos, sites de internet, ...) foi decidido incluir apenas artigos científicos por duas razões. A primeira, pela necessidade de fundamentação científica para a justificação e implementação de um plano de intervenção em contexto clínico, pelo que desta forma se lista apenas os documentos que podem ser utilizados como fonte fidedigna de informação; a segunda, por uma questão de disponibilidade de tempo tendo em conta o reduzido período em que decorreu o estágio.

Para obtenção dos artigos foi realizada uma pesquisa em inglês e português nos motores de busca e bases de dados PUBMED, EBSCO, b-on e Google Scholar, utilizando como palavra-chave “hope”. Em seguida foi realizada uma seleção dos artigos mais relevantes para a temática em questão da lista obtida na pesquisa inicial, escolhendo-se os artigos que caracterizavam o conceito de esperança independentemente da área, e posteriormente utilizando os limitadores “long term”, “chronic condition”, “nursing”, “child” para obter artigos mais especificamente direcionados para a área de implementação do projeto referido atrás.

A nível de apresentação dos artigos obtidos optou-se por organizar por áreas profissionais: enfermagem, medicina e psicologia, e listar por ordem alfabética de autores, discriminando os autores, ano de publicação, título e resumo se disponível. Dentro destes, os que se consideram mais relevantes para a temática e para o projeto e sua implementação foram assinalados com um “#” prévio aos autores.

Por último apresenta-se uma breve conclusão sobre a realização deste dossier, resultados e limitações, e a sua utilidade para o projeto de enfermagem que se pretende implementar.

DOCUMENTOS SELECIONADOS

Área da Enfermagem

#(Alves, Amendoeira, & Charepe, 2017) - A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde

OBJETIVO Compreender como foi experienciada a parceria de cuidados pelos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. **MÉTODO** Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado no período de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014. O método utilizado foi a narrativa. A população correspondeu aos pais de crianças internadas num serviço de medicina de um Hospital Pediátrico em Portugal. A amostra foi constituída por 10 pais. A coleta de dados contemplou a caracterização sociodemográfica e a entrevista de orientação etnobiográfica. Depois de transcritas, as entrevistas originaram 10 narrativas de experiências de parceria dos pais com a equipe de enfermagem. **RESULTADOS** Constatou-se, enquanto oportunidades de parceria, a capacitação dos pais e a tomada de decisão em parceria, estabelecidas num processo relacional dinâmico, singular e contínuo. **CONCLUSÃO** As oportunidades de parceria são pressupostos fundamentais para a prestação de cuidados com foco na criança e nos pais enquanto recursos da mesma.

#(Carvalho, Lourenço, Charepe, & Nunes, 2019) - Intervenções promotoras de esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão *scoping*

O conceito de esperança tem sido identificado como central para a enfermagem, ganhando visibilidade no âmbito da prestação de cuidados à criança com necessidades especiais de saúde e suas famílias. Surgindo novos desafios na enfermagem pediátrica e constatando as necessidades dos pais diante as adversidades que enfrentam, as intervenções promotoras de esperança deverão ser vistas em destaque. **Objetivo:** Mapear as intervenções que foram implementadas e avaliadas para promover a esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde. **Método:** realizou-se uma revisão *scoping*, seguindo a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*, nas bases de dados *Pubmed*, *CINHAL* complete e *SciELO*, nos idiomas português, inglês e espanhol e na janela temporal de 2008 a 2018. **Resultados:** Foram incluídos nesta revisão 7 estudos. A

investigação encontrada é maioritariamente qualitativa, dispersa em termos temporais e diferenciada no quadro conceptual. Maioritariamente avaliada em indivíduos, os estudos englobam intervenções de caráter grupal e individual, com variabilidade de contextos e características de intervenção. Conclusão: mantém-se a discussão sobre intervenções promotoras de esperança nos cuidados de enfermagem pediátrica, existindo necessidade de mais investigação para a validação de intervenções que promovam a esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde.

#(Cavaco et al., 2010) - Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão Sistemática

Objetivo: compreender o papel da esperança na saúde da pessoa. Métodos: Pesquisa de estudos empíricos, entre janeiro de 1999 e fevereiro de 2009, realizada em bases de dados e outros, e selecionados de acordo com o método PICOS. Conclusões: A esperança é um dos aspetos centrais no cuidar em enfermagem, dado que esta contribui para o aumento da capacidade da pessoa para lidar com situações de crise, manutenção da qualidade de vida, determinação de objetivos saudáveis e promoção da saúde. É encarada como uma possível saída do ciclo do sofrimento e experienciada como um conforto. Implicações para a Enfermagem: Os enfermeiros encontram-se, inevitavelmente, numa posição que pode influenciar positiva ou negativamente a esperança pelo que, esta deve ser uma componente imprescindível do seu agir profissional.

#(Charepe, Figueiredo, Vieira, & Afonso Neto, 2011) - (Re) descoberta de esperança na família da criança com doença crônica através do genograma e ecomapa

Nos contextos do cuidar da família da criança com doença crônica, vários têm sido os desafios que se colocam às equipas de enfermagem, no âmbito da promoção de esperança, em contexto da avaliação e intervenção familiar. O genograma e ecomapa constituem-se como veículos para uma compreensão mais aprofundada dos vínculos e padrões de interação da família. Pretendemos apresentar a utilização do genograma e ecomapa na identificação dos recursos de esperança junto a mães de crianças com doença crônica. Trata-se de uma investigação qualitativa, onde foram identificados os fatores que influenciam a esperança nos grupos de ajuda mútua. A

colheita de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada a vinte mães, de Julho de 2009 a Junho de 2010. Os resultados permitiram identificar os padrões de interação em esperança, os atributos pessoais dos seus membros, a base espiritual e as memórias moralizantes, possibilitando uma reflexão acerca da rede familiar, como rede de força, resiliência e empoderamento.

#(Garcia, 2009) - Tradução e Validação do Consequences of Care Index Um instrumento de avaliação do risco de sobrecarga do familiar cuidador *

O tema deste trabalho foca uma problemática da prática de enfermagem: avaliar o stress ou sobrecarga do prestador de cuidados. Devido ao aumento da esperança média de vida (impacto do envelhecimento da população), prevalência e aparecimento de doenças crónicas (mudança do perfil de patologias), ao aparecimento de novas medidas terapêuticas e tecnológicas, existem cada vez mais pessoas dependentes que necessitam de ajuda ou supervisão nas atividades básicas ou nas atividades instrumentais da vida diária, requerendo assim a presença de um familiar cuidador (FC). Face à exposição contínua e repetida a um conjunto de fatores negativos, os familiares cuidadores poderão manifestar, a médio prazo, sobrecarga física, emocional, social e financeira. O Consequences of Care Index (CCI) é um dos instrumentos que avalia a sobrecarga ou risco de sobrecarga dos cuidadores (Kosberg e Cairl, 1986). O presente trabalho, consistiu num estudo metodológico e teve por objetivo avaliar as características psicométricas de uma versão traduzida e adaptada do CCI, que em português se designou por Índice de Consequências da Prestação de Cuidados (ICPC). Foi utilizado o programa SPSS versão 13.0. Numa primeira etapa, os dados foram explorados através de estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central e dispersão e seguidamente, para a análise de cada uma das dimensões do ICPC, usou-se a propriedade do SPSS que permite construir novas variáveis a partir de valores das variáveis já existentes. A versão traduzida do CCI, o ICPC, mostrou ser um instrumento adequado para avaliar a sobrecarga física, emocional, social e financeira dos cuidadores tendo sido bem aceite pelos participantes. O ICPC reuniu um conjunto de características psicométricas que permitem assegurar a sua validade e fidelidade. A versão portuguesa estudada revelou uma boa consistência interna em todas as subescalas, ou seja, cada subescala reúne um conjunto de questões interrelacionadas em que

cada item contribui para avaliar uma dimensão específica da sobrecarga física, emocional, social e financeira dos cuidadores.

#(Martins, Domingues, Andrade, Cunha, & Martins, 2017) - A esperança em doentes internados em cuidados continuados

CONTEXTO: A vulnerabilidade da pessoa humana emerge quando a doença surge como uma ameaça, provocando desmoralização, desespero e sofrimento. O binómio saúde/doença parece ser afetado de forma positiva pela esperança, ajudando a pessoa/família a lidar com as incertezas do futuro de uma forma mais eficaz. OBJETIVOS: Avaliar níveis de esperança em doentes internados em Unidades de Cuidados Continuados (UCCs), e identificar determinantes sociodemográficas, clínicas e psicossociais correlacionadas com esse construto. METODOLOGIA: Estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional. Foi realizado em duas UCCs da região Centro de Portugal e o questionário foi aplicado a 92 doentes, com uma média de idade de 74,39 anos. O instrumento de recolha de dados integrou, variáveis sociodemográficas, clínicas, a escala de Esperança (Herth Hope Index), a escala de Qualidade de Vida (Functional Assessment of Cancer Therapy) e o Questionário de Sono de Oviedo RESULTADOS: Os dados mostram que 45,7% dos inquiridos apresentam esperança reduzida, 39,1% esperança elevada e 15,2% esperança moderada. Apenas o “bem-estar funcional” da QDV e os “fenómenos adversos” da escala do sono se correlacionam significativamente ($p=0,000$; $p=0,035$) com a esperança explicando respetivamente 55,2% e 31,1% da sua variância. Já o género, idade, estado civil, situação profissional, escolaridade, rendimento mensal, tipologia e número de internamentos, mostraram não se correlacionar com a esperança. CONCLUSÕES: A esperança é uma crença ou virtude inerente ao Homem, que assume níveis diferenciados, e acompanha o ser humano no seu processo de viver e de morrer condicionando ajustes nos momentos de crise, afetando e/ou sendo afetada pelo bem-estar e a qualidade de vida.

(Miller, 2007) - Hope: A Construct Central to Nursing

PURPOSE: To enhance understanding of the concept of hope from a synthesis of varied perspectives. SOURCE: Published literature. CONCLUSIONS: Conceptualizations of hope influence one's view of "false hope." Critical dimensions of hope as well as hope antecedents and threats provide direction for nursing

intervention. Specific challenges to nurses related to hope inspiration are present at the end of life. Hope-inspiring strategies for persons at the end of life are summarized.

#(Oliveira, 2011) - Caminhos de esperança: o adolescente/família portador de doença crónica

Ao refletirmos no processo adaptativo do adolescente a uma doença crónica, incapacitante ou de mau prognóstico, torna-se fundamental compreender a percepção que cada adolescente tem relativamente à sua doença, mas também, compreender de que forma a doença interfere no seu processo de desenvolvimento e na resolução das tarefas essenciais da adolescência. A doença crónica representa um fator de stress importante para o jovem e para a família. Assim, as suas consequências vão depender da forma como o adolescente e a família, com a ajuda dos profissionais de saúde, vão ser capazes de compreender, interpretar, avaliar e confrontar a situação de doença e as experiências de sofrimento e limitação física que dela decorrem. O agir profissional dos enfermeiros, seja nos Cuidados de Saúde Primários seja nos Cuidados Diferenciados, deve constituir uma força impulsionadora do bem-estar e da esperança, pelo que é necessário identificar quais as intervenções que o enfermeiro deve adotar como promotoras de esperança. Intervenções que promovam suporte a nível social, emocional, formativo e instrumental contribuem para o desenvolvimento de competências que permitem um bom processo adaptativo à situação de saúde de cada um, promovem a esperança e a motivação, e diminuem o sofrimento. A esperança é imprescindível à resiliência, que pode ser definida como a capacidade que permite o sujeito, grupo ou comunidade, prevenir, minimizar ou ultrapassar os efeitos perturbadores das adversidades e enquanto, uma das principais emoções do ser humano potencia o seu bem-estar e a qualidade de vida. Surge como uma poderosa estratégia de “coping” visando a promoção e a manutenção da saúde, constituindo-se uma força inerente ao ser humano. O presente relatório tem como principal objetivo descrever e analisar criticamente, as competências pessoais e profissionais, assim como as atividades desenvolvidas, com vista à promoção da esperança do adolescente/família portador de doença crónica. Surge na sequência de um projeto de estágio concretizado em três módulos, distribuídos por duas instituições de saúde, Direcção-Geral de Saúde e Hospital de Dona Estefânia. A metodologia adotada foi a descritiva, analítica e reflexiva, tendo por base a elaboração de um portfolio reflexivo que fundamentou as atividades desenvolvidas. A doença, a

hospitalização e a morte implicam sofrimento para o adolescente e família, pelo que, é importante que o enfermeiro esteja atento e promova a esperança. O facto de o enfermeiro acreditar na resolução dos problemas e ter esperança no futuro, é essencial para que o adolescente e família também o percecionem de forma positiva.

#(Ordem dos Enfermeiros, 2011) - Guias Orientadores De Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Com o presente Guia Orientador de Boa Prática pretende -se contribuir para a sistematização das intervenções promotoras de esperança, dirigida aos pais de crianças com doença crónica. No âmbito da tomada de decisão, a esperança surge como um aspeto vital relacionado com os cuidados de Enfermagem 1 enfatizada na relação terapêutica estabelecida. Fortalece as defesas psicológicas e fisiológicas em situações de vivência de doença crónica, sendo definida como: um tipo de «Emoção... confiança nos outros e no futuro... expressão de razões para viver... paz interior, otimismo, associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia» 2. A pertinência da citada intervenção emerge da constatação quotidiana da necessidade dos pais ante as adversidades que enfrentam, devendo determinar-se como boa prática o diagnóstico e a avaliação da eficácia das respostas de Enfermagem, nomeadamente ao nível do suporte emocional, formativo e instrumental que lhes é ministrado ao longo do circuito de atendimento (Cuidados de Saúde Secundários / Cuidados de Saúde Primários). Face ao supramencionado, o grupo de trabalho efetuou uma pesquisa acerca da promoção da esperança em fontes bibliográficas científicas, tal como a adequação da mesma às intervenções de Enfermagem, através da análise das conclusões de um Workshop realizado para o efeito. Deste modo, as recomendações para a prática profissional emergiram da evidência de resultados de estudos disponíveis e da implementação de orientações de boas práticas em esperança, com vista ao fortalecimento das redes de suporte social. É de referir ainda o recurso predominante à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão Beta 2, dado ser esta a classificação mais utilizada nos contextos da prática de cuidados. Este Guia encontra-se organizado em 5 capítulos, dos quais consta a abordagem ao conceito de esperança, os princípios e o algoritmo para a intervenção em esperança, a operacionalização das boas práticas, entre outra informação complementar que considerámos relevante para a prática de cuidados de

Enfermagem. Em anexo, são disponibilizados um guia de apoio e cartas terapêuticas dirigidas aos pais.

(Querido, 2015) - A esperança na prática especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiatria

A Esperança é essencial na experiência da vida, assumindo especial relevância na saúde mental das pessoas. Manter a esperança em situações de adversidade e na presença de sofrimento mental, requer uma gestão das condições facilitadoras e inibidoras da esperança, num equilíbrio que pode ser muito difícil conseguir sem a ajuda de profissionais competentes. A promoção da esperança enquanto foco de enfermagem é imperativa na prática do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, no sentido de assistir e apoiar os clientes no uso de estratégias de esperança na capacitação para a gestão da complexidade dos problemas mentais. Não obstante este reconhecimento do papel do enfermeiro especialista em saúde mental na capacitação para a esperança, a forma como ela se desenvolve nos contextos da prática especializada carece de evidência e visibilidade. O presente relatório versa sobre a prática especializada em enfermagem de saúde mental, realizada em dois contextos da prática clínica que favoreceram o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e enfermeiro especialista de saúde mental, tendo a esperança como foco de atenção. Nele pretende-se descrever a relevância da esperança nos contextos de saúde mental, analisar o processo de desenvolvimento de competências à luz dos referenciais da enfermagem especializada e identificar o papel na esperança na saúde mental com base na evidência científica. As competências desenvolvidas foram suportadas pela metodologia científica, alicerçadas em modelos teóricos de enfermagem avançada, assente na identificação das necessidades /elaboração de diagnósticos, planeamento das intervenções, implementação de intervenções com vista à obtenção de ganhos em saúde nos clientes / grupos, e avaliação das mesmas face aos resultados esperados. As análises dos resultados obtidos face à especificidade das intervenções dirigidas à esperança foram considerados sensíveis à prática de enfermagem, e evidenciaram ganhos em saúde e esperança, suportados pela revisão integrativa da literatura e pelo estudo de caso.

(Smith, 2014) - Giving hope to families in palliative care and implications for practice

Caring for a dying child and the family is one of the greatest nursing challenges. The way in which care is delivered will shape the experience they are about to face. Hope plays a crucial role in helping people cope, and healthcare professionals can foster appropriate hopes ethically, while maintaining open and honest communication. If palliative care is discussed with clients and families from the time of diagnosis, they can face realistic decisions better and not feel that they are 'giving up'. They need to know that everything possible is being done to improve the quality of the time left to them.

#(Viana, Querido, Dixe, & Barbosa, 2010) - Avaliação da esperança em cuidados paliativos: Tradução e Adaptação Transcultural do Herth Hope Index

Introdução e objetivos: O presente estudo teve como objetivos traduzir e validar para a cultura portuguesa o “Herth Hope Index”; determinar o nível de esperança dos doentes em Cuidados Paliativos e identificar as suas características sociodemográficas e clínicas. **Metodologia** Partindo do “Herth Hope Index” (Kaye Herth, 1992) procedeu-se a um estudo de investigação metodológica. O instrumento foi validado numa amostra de 117 doentes, maioritariamente do sexo feminino (56, 4%) com uma média de idades de 67,3 anos (D.P.= 12, 2). Na validação seguiu-se a mesma metodologia da autora da escala original a quem foi solicitada a autorização assim como às direções das instituições onde foram recolhidos os dados (Equipas de Cuidados Paliativos). Obtivemos também o consentimento informado dos doentes. **Resultados:** Após a análise da homogeneidade dos itens, suprimiram-se 3 da escala original, ficando a Escala de Esperança de Herth – HHI-PT constituída por 9 itens que permite a obtenção de uma pontuação global (pontuações mais elevadas maior nível de esperança) organizados apenas numa dimensão que explica 50,3% de variância explicada. O coeficiente de alfa de Cronbach (0,873) permite igualmente afirmar que o instrumento apresenta uma boa consistência interna. Os doentes apresentam índices de esperança bons (média de 3,2; D.P.= 0,52). **Conclusão:** Os resultados indiciam estarmos perante uma escala fiável e válida para a avaliação da esperança em cuidados paliativos, embora se sugira a necessidade de novos estudos de revalidação.

Área da Medicina

(Pinto, 2011) - A Espiritualidade e a Esperança da pessoa com doença oncológica: Estudo numa população de doentes em quimioterapia

Introdução: A doença traz consigo inúmeras preocupações que, muitas das vezes, acompanham o caminho para a morte. O cancro, em particular, tornou-se numa doença temível que ameaça a integridade humana, levando a pessoa a questionar-se sobre o sentido da vida. A espiritualidade e a esperança constituem, portanto, componentes essenciais do cuidar. Diversos estudos têm demonstrado o seu poder terapêutico, comprovando que a vivência de uma espiritualidade saudável ajuda a pessoa a restaurar a esperança, a encontrar significado e sentido para a vida e a lidar com a doença e incertezas do futuro de uma forma mais eficaz. A sua importância assume especial relevo no âmbito dos cuidados paliativos, cujos objetivos residem na promoção do conforto e no alívio do sofrimento. **Objetivos:** Analisar os níveis de espiritualidade e de esperança dos doentes oncológicos que estão a realizar quimioterapia; analisar a relação entre a espiritualidade e a esperança dos doentes oncológicos que estão a realizar quimioterapia; identificar algumas variáveis que afetam a espiritualidade e a esperança dos doentes oncológicos que estão a realizar quimioterapia. **Materiais e Métodos:** Estudo de natureza quantitativa, do tipo exploratório, descritivo- correlacional. Utilizou-se um questionário constituído pela Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007) e pelo Herth Hope Index - PT (Viana et al., 2010). A amostra, do tipo não probabilística, sequencial, foi constituída por 92 doentes do Hospital de Dia de Quimioterapia do Centro Hospitalar de São João, Entidade Pública Empresarial. Os dados foram analisados pelo programa de estatística Statistical Package for the Social Scienses, versão 18 para o Windows. **Resultados e Conclusões:** Os inquiridos apresentam médias de espiritualidade e de esperança elevadas, estando estes dois constructos relacionados. A dimensão vertical da espiritualidade está mais acentuada nos idosos e naqueles que têm uma prática religiosa regular. Quanto maior o tempo em quimioterapia, menor a esperança. Os doentes que percecionam a sua saúde como má são mais infelizes e olham o futuro com menos esperança. A esperança e a espiritualidade são, portanto, duas características inerentes ao Homem, que o acompanham no seu processo de viver e de morrer. São influenciadas pelo ambiente

externo e condicionam o ajuste aos momentos de crise, afetando o bem-estar e a qualidade de vida.

(Querido, 2005) - A esperança em cuidados paliativos

A esperança tem sido considerada como um dos elementos essenciais na vivência das pessoas com doença oncológica. Em contexto de doença terminal, quando a cura não é possível, o “*focus*” da esperança assume uma importância fundamental na forma como as pessoas doentes vivem o período de fim da vida. O objetivo deste estudo foi: Explorar o processo de manutenção da esperança para o doente oncológico de um Hospital da região centro, tendo sido formulada a seguinte questão orientadora: Como é que os doentes oncológicos submetidos a quimioterapia paliativa mantém a esperança? O estudo baseou-se numa metodologia qualitativa, segundo a abordagem da “Grounded Theory” apresentada e desenvolvida por Glaser & Strauss (1967), na qual o princípio fundador é a indução, orientando-se assim de uma forma exploratória como um meio de descoberta. Para a obtenção dos dados utilizámos entrevistas semiestruturadas, realizadas a onze participantes do estudo, adultos, selecionados de acordo com critérios de intencionalidade previamente definidos. As entrevistas foram posteriormente transcritas e analisadas. A estrutura do fenómeno é composta por quatro temas: A perceção da esperança enquanto força interior, fé, resistindo no sentido de atingir os objetos de esperança; A perceção da dimensão temporal, perspetivando o futuro, o tempo e o ciclo de vida; Vivências da esperança, caracterizadas por comportamentos, emoções, pensamentos e relações vivenciadas durante o processo de manutenção da esperança; e Mantendo a esperança representando o viver um dia de cada vez, tendo a morte como limite presente, em que foram identificados fatores que influenciam a esperança, promotores e inibidores. Os resultados obtidos pretendem contribuir para a melhor compreensão da esperança, não sendo generalizáveis, mas uma base para novas pesquisas neste âmbito.

Área da Psicologia

(Nogueira, 2015) - A relação entre o bem-estar subjetivo, o suporte social e a esperança, na população prisional

O bem-estar subjetivo tem sido alvo de vários estudos, no sentido de se perceber o que faz com que as pessoas sejam felizes, e tem sido associado a variáveis como o suporte social e a esperança, tendo estas uma influência positiva no bem-estar subjetivo dos indivíduos. Neste sentido, o presente estudo pretendeu compreender se existe uma relação positiva entre o suporte social, a esperança e o bem-estar subjetivo em sujeitos reclusos. Para esse efeito, o bem-estar subjetivo foi avaliado através da Escala de Afecto Positivo e Negativo (Positive and Negative Affect Schedule – PANAS) (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a) e da Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction With Life Scale - SWLS) (Laranjeira, 2009). Para avaliar a esperança, foi utilizada a Escala de Esperança de Futuro (Pais-Ribeiro, Pedro, & Marques, 2006) e, para avaliar o suporte social, a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) (Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia, & Mota-Pereira, 2011). Para tal, contámos com 151 participantes reclusos, do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 36 anos de idade. Os resultados permitiram concluir que existe uma associação positiva entre o bem-estar subjetivo, o suporte social e a esperança. Verificou-se que ao nível dos dois grupos, o grupo dos sujeitos que se encontra “ativo”, revela maiores níveis de bem-estar subjetivo e esperança, comparativamente com o grupo que se encontra “inativo”. Verificámos ainda que não existem diferenças significativas entre a prática de exercício físico e o bem-estar subjetivo em função dos dois grupos.

(Pais-Ribeiro, Pedro, & Marques, 2006) - Contribuição para o estudo psicométrico e estrutural da escala de esperança (de futuro)

A esperança (hope) é uma variável psicológica que tem, recentemente, sido objeto de interesse, embora a sua conceptualização se estenda desde há cerca de 40 anos (Snyder, 1995). Snyder et al. (1991) explicavam que na definição clássica se assumia que a esperança era uma percepção generalizada que os objetivos podem ser alcançados. No desenvolvimento do construto e do modo de o avaliar, estes autores definem “esperança” como um bloco cognitivo baseado na sensação de determinação triunfante para a ação, em conjunto com a planificação de maneiras de alcançar os objetivos. Identificam dois fatores que se juntam para formar a esperança; “Iniciativa” (Agency) – sensação de determinação triunfante (ou ganhadora) sobre a consecução de objetivos pessoais, no passado, presente e futuro. Este componente da esperança é o combustível do segundo componente; “Caminhos” (Pathways) - sensação de que

é capaz de gerar planos bem-sucedidos para alcançar os objetivos. O objetivo do presente trabalho é estudar as propriedades psicométricas e estruturais da escala de esperança desenvolvida por Snyder et al. (1991) tendo em vista a sua aplicação a doentes com esclerose múltipla.

#(Ritter, 2011) - Aprender a ter esperança: construção, implementação e avaliação de um programa para o 4º ano do 1º ciclo de escolaridade

O presente estudo consistiu na construção, implementação e avaliação de um programa de 7 sessões baseado no constructo de esperança definido por C. Snyder. Pretendeu-se analisar o tipo de impacto que este programa provocava nos níveis de esperança, medida através da Escala de Esperança para Crianças e de uma entrevista, e em variáveis associadas ao desempenho escolar, em crianças do 4º ano de escolaridade com idades compreendidas entre os 9 e os 12 anos. Para tal utilizou-se uma metodologia quasiexperimental, com grupo de intervenção e de controlo. Os dados indicam que em relação à Escala de Esperança para Crianças não houve diferenças significativas nos níveis de esperança autoavaliados no grupo de intervenção. Relativamente às variáveis relacionadas com o desempenho escolar, houve uma diferença significativa e positiva relatada pelas professoras nas variáveis “Motivação” e “Desempenho” no grupo de intervenção. Na análise de conteúdo realizada aos dados da entrevista feita aos alunos do grupo de intervenção no pré e pós aplicação do programa, verificou-se a) um maior conhecimento acerca do conceito de esperança e das variáveis que o compõem; b) uma maior experiência de sentimentos positivos; e c) consequentemente mais esperança relatada pelas crianças após o programa. Vários dos fatores que contribuíram para estes dados indicados pelos alunos são apresentados e analisados, e as limitações do estudo, as suas implicações terapêuticas e sugestões quanto a investigações futuras são também abordadas e discutidas.

#(Snyder, 1995) - Conceptualizing, Measuring, and Nurturing Hope

Hope is defined as the process of thinking about one's goals, along with the motivation to move toward (agency) and the ways to achieve (pathways) those goals. After discussing other related concepts, the scale for measuring hope is introduced, and the role of hope in the counseling process is described. 1995 American Counseling Association

#(Snyder, 2002) - TARGET ARTICLE: Hope Theory: Rainbows in the Mind

Hope is defined as the perceived capability to derive pathways to desired goals and motivate oneself via agency thinking to use those pathways. The adult and child hope scales that are derived from hope theory are described. Hope theory is compared to theories of learned optimism, optimism, self-efficacy, and self-esteem. Higher hope consistently is related to better outcomes in academics, athletics, physical health, psychological adjustment, and psychotherapy. Processes that lessen hope in children and adults are reviewed. Using the hope theory definition, no evidence is found for "false" hope. Future research is encouraged in regard to accurately enhancing hope in medical feedback and helping people to pursue those goals for which they are best suited.

#(Snyder et al., 2000) - The role of hope in cognitive-behavior therapies

A cognitive, two-component model of hope proposed by Snyder and colleagues is reviewed. Hope is defined as the perceived capability to (1) derive pathways to desired goals and (2) motivate oneself via agentic thinking to initiate and sustain movement along those pathways. The roles of these pathways and agency components of hope theory are described along with similarities and differences relative to other motivational and emotional theories, including optimism, self-efficacy, self-esteem, and problem solving. The goal focus, agentic thought, and pathways thought of hope theory are used as a framework for understanding the adaptive processes in the various phases of cognitive-behavior therapies, including relapse prevention. It is concluded that hope theory offers a valuable overarching framework for understanding common factors in behavior therapies.

CONCLUSÃO

A realização deste dossier permitiu concretizar desenvolvimentos académicos e profissionais, os primeiros através da pesquisa bibliográfica pela temática escolhida, permitindo aprimorar competências na procura de informação credível através de pesquisa em bases de dados, e a sua organização neste dossier permitiu tomar contacto pela primeira vez com esta estratégia de organização e apresentação de resultados. A nível profissional, a possibilidade de colaborar com a equipa de enfermagem num projeto em fase inicial, contribuindo para a sua concretização.

Procurou-se assim dar corpo a competências específicas de Enfermeiro Especialista, nomeadamente D2.3.4 *Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.*, D2.2.6 *Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.* e D2.3.1 *Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada.* (Ordem dos Enfermeiros, 2019), e proporcionar o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica como E2.5.5 *Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança.* e E3.2.3 *Utiliza estratégias promotoras de esperança realista.* (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os artigos encontrados foram selecionados não seguindo qualquer tipo de organização sistemática de exclusão, mas apenas a identificação de estudos potencialmente relevantes para a temática após a obtenção pelas palavras-chave, e organizados por áreas para facilidade de consulta. Foi também incluído o sumário para posterior análise por parte da equipa de enfermagem, procedendo-se a uma seleção inicial dos artigos mais relevantes para o projeto a desenvolver.

Na área da Enfermagem foram selecionados 12 artigos sendo assinalados como mais relevantes 9 deles dos quais se destacam um guia de boas práticas da Ordem dos Enfermeiros, duas escalas de avaliação de avaliação da esperança, uma revisão sistemática e uma revisão *scoping* sobre a esperança da criança e família com necessidades especiais/cuidados continuados. Na área da Medicina duas teses de Mestrado relativamente à esperança em cuidados a pessoas com doenças oncológicas ou em cuidados paliativos. Por último, na área da Psicologia, foram selecionados 6 artigos que abordam a temática da esperança e relevados 4, dos quais 3 são seminais no estudo do conceito de esperança, e 1 em que se procede a uma

aplicação prática a uma população pediátrica de um programa promotor da esperança.

Como limitações há a apontar a disponibilidade de tempo que condicionou a metodologia de pesquisa escolhida, não permitindo uma maior abrangência de artigos numa seleção primária, uma análise secundária aos artigos nem proceder a uma segunda pesquisa com termos mais específicos. A não inclusão de outras fontes pode em si ser uma limitação, mas foi uma opção metodológica tendo em conta a necessidade de informação credível para fundamentação do projeto.

Com este documento tem-se como expectativa providenciar uma base de consulta e de construção de um suporte teórico para o desenho e implementação de um projeto promotor da esperança, que a equipa de enfermagem, e em especial os enfermeiros especialistas de saúde infantil e pediátrica.

BIBLIOGRAFIA

- Alves, J. M. N. de O., Amendoeira, J. J. P., & Charepe, Z. B. (2017). A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(4), 1–7. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0070>
- Carvalho, M., Lourenço, M., Charepe, Z., & Nunes, E. (2019). Intervenções promotoras de esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão scoping. *Enfermería Global*, 18(53), 646–660. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.342621>
- Cavaco, V. S. J., José, H. M. G., Louro, S. P. dos R. L. P., Ludgero, A. F. A., Martins, A. Filipa M., & Santos, M. C. G. dos. (2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão Sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, II(12), 93–103.
- Charepe, Z. B., Figueiredo, M. H. de J. S., Vieira, M. M. da S., & Afonso Neto, L. M. V. (2011). (Re) descoberta de esperança na família da criança com doença crônica através do genograma e ecomapa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(2), 349–358. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000200018>
- Garcia, C. I. dos R. S. (2009). Tradução e Validação do Consequences of Care Index Um instrumento de avaliação do risco de sobrecarga do familiar cuidador *. *Pensar Enfermagem*, 13(1), 39–48. Retrieved from http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_39-48.pdf
- Martins, R., Domingues, M., Andrade, A., Cunha, M., & Martins, C. (2017). A esperança em doentes internados em cuidados continuados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5(spe5), 81–85. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0172>
- Miller, J. F. (2007). Hope: A Construct Central to Nursing. *Nursing Forum*, 42(1), 12–19. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00061.x>
- Nogueira, M. G. de M. (2015). *A relação entre o bem-estar subjetivo, o suporte social e a esperança, na população prisional*. ISPA - Instituto Universitário.
- Oliveira, M. C. R. (2011). *Caminhos de esperança: o adolescente/família portador de doença crônica*. Universidade Católica Portuguesa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guias Orientadores De Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. In *Cadernos OE* (Vol. 3). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. , Diário da República, 2ª série - Nº 133 - 12 de julho de 2018 § (2018).

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. ,
Diário da República, 2ª série - N.º 26 - 6 de Fevereiro de 2019 § (2019).

Pais-Ribeiro, J., Pedro, L., & Marques, S. (2006). Contribuição para o estudo psicométrico e estrutural da escala de esperança (de futuro). In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, & S. Neves (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 75–81). Lisboa: ISPA.

Pinto, S. M. O. (2011). *A Espiritualidade e a Esperança da pessoa com doença oncológica: Estudo numa população de doentes em quimioterapia*. Universidade do Porto.

Querido, A. I. F. (2005). *A esperança em cuidados paliativos*. Universidade de Lisboa.

Querido, A. I. F. (2015). *A esperança na prática especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiatria* (Instituto Politécnico de Leiria). Retrieved from
<https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/1709>

Ritter, A. L. F. R. (2011). *Aprender a ter esperança: construção, implementação e avaliação de um programa para o 4º ano do 1º ciclo de escolaridade* (Universidade de Lisboa). Retrieved from
http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/377/4/Muñoz_Zapata_Adriana_Patricia_Artículo_2011.pdf

Smith, H. (2014). Giving hope to families in palliative care and implications for practice. *Nursing Children and Young People*, 26(5), 21–25. <https://doi.org/10.7748/ncyp.26.5.21.e412>

Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, Measuring, and Nurturing Hope. *Journal of Counseling & Development*, 73(3), 355–360. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01764.x>

Snyder, C. R. (2002). TARGET ARTICLE: Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01

Snyder, C. R., Ilardi, S. S., Cheavens, J., Michael, S. T., Yamhure, L., & Sympson, S. (2000). The role of hope in cognitive-behavior therapies. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 747–762. <https://doi.org/https://doi.org/10.1023/A:1005547730153>

Viana, A., Querido, A., Dixe, M. dos A., & Barbosa, A. (2010). Avaliação da esperança em cuidados paliativos: Tradução e Adaptação Transcultural do Herth Hope Index. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 607–616.

**APÊNDICE X – SÍNTESE REFLEXIVA DO ENSINO CLÍNICO NA
UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR**

Descrição

Este momento de aprendizagem decorreu durante um período de três semanas numa Unidade de Saúde Familiar, onde me foi permitido observar e participar na intervenção à criança, jovem e família em contexto de vigilância de saúde, em contextos variados como a consulta programada de vigilância infantil e a imunização infantil realizadas na USF, e a visita de seguimento ao recém-nascido no domicílio, bem como participar numa reunião multiprofissional e colaborar no desenvolvimento de projetos da equipa de enfermagem no âmbito da saúde infantil.

Esta USF funciona no 1º Andar de um edifício autónomo onde existe outra USF e um Centro de Saúde. Tem duas salas de espera, uma geral e outra pediátrica, estando esta afastada da sala de espera geral, e decorada com motivos infantis, com brinquedos disponíveis e com amplo espaço e piso adequado às crianças mais pequenas. Existem vários gabinetes médicos e de enfermagem sendo usados preferencialmente 2 gabinetes para as consultas de saúde infantil de enfermagem por contiguidade com o gabinete médico, pela existência de equipamento e espaço adequado à avaliação antropométrica das crianças e pela proximidade com o frigorífico de vacinas.

A nível da equipa de Enfermagem esta é constituída por 3 enfermeiros especialistas de saúde infantil e pediátrica (EESIP), 1 especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, 1 especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e 1 especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Não é utilizada uma teoria de enfermagem explícita mas há a utilização da metodologia de trabalho de enfermeiro de família (Conselho de Ministros, 2014) embora não haja ainda especialistas nesta área em exercício. Na avaliação pediátrica é utilizada a escala de avaliação de Mary Sheridan modificada de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (Direcção-Geral da Saúde, 2013) que é aplicada num sistema informático onde também são colocadas as avaliações antropométricas, sendo o objetivo das intervenções de enfermagem a promoção da saúde e a prevenção da doença da criança, jovem e família.

Sensações

Este estágio era o que mais entusiasmo me colocava por permitir contactar com crianças numa situação de saúde e não de doença como no contexto em que exerço diariamente, pela possibilidade de aplicar conhecimentos e intervenções específicas da enfermagem de saúde infantil e pediatria como a avaliação do desenvolvimento e a vacinação, e observar a intervenção do EESIP neste contexto na criança, jovem e família em situação de promoção da saúde e prevenção da doença bem como da sua articulação com a comunidade. O contraste quer do contexto quer da intervenção aplicada criou a expectativa de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de comportamentos que pudessem melhorar a minha prática enquanto enfermeiro, e que pudessem ser uma mais valia na abordagem à criança e família em situação de doença, permitindo uma visão mais abrangente da continuidade de cuidados após a alta.

Por outro lado, esta USF encontrava-se em processo de candidatura a reconhecimento e transição para Tipo B, que envolve uma articulação multiprofissional mais dinâmica e elaborada, e desta forma permitiu identificar quais as vantagens e dificuldades sentidas pelos enfermeiros neste processos, e de que forma esta transição de tipologias poderia melhorar ou facilitar a prestação de cuidados especializados pelo EESIP.

Avaliação

As situações e experiências vividas durante este período de estágio ultrapassaram as expectativas. Tive a oportunidade de observar a intervenção das EESIP nas consultas de saúde infantil e discutindo e refletindo sobre a intervenção adequar os conhecimentos à aplicação prática, o que foi conseguido através da realização de avaliações do desenvolvimento infantil sob supervisão às crianças com consultas programadas, tive a oportunidade de acompanhar a realização de uma visitação ao domicílio a um recém-nascido de mãe adolescente, observei as estratégias de vacinação e controlo da dor em particular do uso da amamentação enquanto estratégia não farmacológica de controlo da dor na vacinação, o que me levou a realizar uma revisão mais aprofundada desta prática e qual a possibilidade da sua extensão a outros contextos e participei numa reunião multiprofissional de organização dos cuidados da USF. Fruto da discussão com os EESIP acerca de projetos que tivessem em mente implementar foi identificado um projeto de evento

associado ao dia da criança que tinha tido boa adesão mas que não tinha sido reimplementado, pelo que estabeleci um contacto com instituições da comunidade e reformulei o projeto de modo a poder ser reavivado e reimplementado, procurando assim dar simultaneamente um apoio aos EE e seguir as indicações da DGS relativamente ao trabalho em equipa a nível comunitário que deverá “ser incrementado também na comunidade e nas estruturas que dão apoio à criança e ao adolescente (creche, jardim de infância, escola, atividades de tempos livres (ATL), coletividades desportivas ou associativas, serviços da segurança social, autarquias, etc.), enquanto entidades com competência em matéria de infância e juventude e, por isso, com responsabilidade na promoção da saúde” (Direcção-Geral da Saúde, 2013, p. 8).

Análise (O que se retira da situação ou da experiência vivida)

Das diversas aprendizagens realizadas neste estágio parece importante relevar três situações de aprendizagem: uma relativamente à avaliação do desenvolvimento infantil, outra sobre a importância da visita domiciliária e por último a gestão da dor na vacinação através da amamentação.

A avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil é um dos aspetos da vigilância infantil concretizado em consultas programadas ou não programadas (oportunistas), tendo as consultas de vigilância (programadas) como objetivo a obtenção contínua de ganhos em saúde. Segundo o PNSIJ (Direcção-Geral da Saúde, 2013) para além desta avaliação deve ser realizada a informação para a adopção de comportamentos promotores da saúde, a promoção da imunização, da saúde oral, do aleitamento materno e prevenção das perturbações emocionais e comportamentais, dos acidentes e intoxicações, dos maus tratos e outros riscos.

Nestas consultas é muito importante a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam comprometer a qualidade de vida, prevenir e identificar as doenças comuns das diversas idades, sinalizar crianças com doenças crónica/deficiência, identificar e orientar crianças e famílias vítimas de maus tratos, promover o desenvolvimento pessoal das crianças e jovens e apoiar a parentalidade (Direcção-Geral da Saúde, 2013). No PNSIJ são definidas as consultas recomendadas de acordo com a idade da criança ou jovem de modo a permitir rastrear de forma precoce alterações que careçam de intervenção bem como os

aspectos mais relevantes a observar em cada consulta, alertando contudo que no caso de ocorrer o recurso a uma consulta próximo da idade deverá realizar-se a avaliação dessa idade (exame oportunista) melhorando a taxa de cobertura infantil com vigilância regular (Direcção-Geral da Saúde, 2013).

Também a Ordem dos Enfermeiros criou um conjunto de normativos para melhorar a prestação de cuidados às crianças e família referindo que todas as crianças devem ser sujeitas a rastreio de modo a identificar precocemente alterações no desenvolvimento e permitindo a implementação de tratamentos adequados que minimizem os prejuízos para a criança e família e promovam uma melhor qualidade de vida, devendo para tal o enfermeiro “associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 72).

As consultas em que tive oportunidade de participar ocorreram com crianças desde o 1º mês de vida até aos 10 anos, sendo maioritariamente a crianças entre o 1º mês de vida e os 2 anos. Nestas os EESIP iam buscar as crianças e pais à sala de espera, perguntando como se sentiam e iniciando assim um primeiro contacto e relação. Em seguida procediam para a avaliação antropométrica, mas sempre articulando a manipulação da criança, no caso de bebés ou crianças pequenas, ou orientando para a utilização dos equipamentos de medição as crianças maiores, com as perguntas dirigidas à avaliação das etapas de desenvolvimento, as dificuldades sentidas pela criança ou pelos pais, e as necessidades de informação, sendo esta última prestada em função da idade e dos problemas actuais bem como de índole antecipatória relativamente às etapas de desenvolvimento que se seguiriam, de que forma é que a criança iria manifestar estes desenvolvimentos e como poderia ser ajudada a desenvolver-se, e quais os problemas que poderiam ser notados e ultrapassados nessa etapa do desenvolvimento.

Uma situação concreta foi a de uma criança de 2 anos, do sexo feminino, que veio à consulta num estado de agitação e irritabilidade elevado. A criança apresentava renitência à intervenção e avaliação do EESIP, e acalmava-se por períodos ao colo dos pais embora trocasse frequentemente de colo e procurava frequentemente a mama da mãe para conforto, uma vez que segundo esta a mama já não produziria leite. Os pais referiam que tinham notado uma recente regressão comportamental em

casa, com maior dependência da mãe e maior solicitação de atenção. A EESIP procurou encontrar causas que pudessem justificar este comportamento, referindo os pais uma recente mudança de habitação com reorganização da estrutura familiar, e a verbalização do pai de que a criança iria realizar uma vacina durante o percurso desde a sala de espera até ao gabinete de consulta. Nesta situação é importante identificar o estágio de desenvolvimento em que esta criança se encontra para melhor avaliar os seus comportamentos. A nível cognitivo encontra-se no estado pré-operacional de Piaget, sendo capaz de uma maior compreensão do mundo em que se insere e de articular o seu pensamento (Ward & Hisley, 2011). A nível psicossocial encontra-se na fase da autonomia *versus* vergonha de Erikson em que há a procura de uma realização expressão pessoal e individual e o confronto com normas e limites impostos pelos pais ocorrendo experiências de manipulação, e na fase anal de Freud em que há igualmente este conflito com o que a criança quer fazer face às suas novas capacidades e os limites do que pode fazer (Ordem dos Enfermeiros, 2010; Ward & Hisley, 2011). A nível do desenvolvimento moral Kohlberg define esta estágio como pré-convencional, em que há uma orientação para a tomada de consciência do que é bom ou mau, certo ou errado, julgando a criança as suas acções com base nas consequências físicas que daí advêm face aos limites impostos externamente pelos pais (Ordem dos Enfermeiros, 2010; Ward & Hisley, 2011).

Segundo a Teoria do Conforto (Kolcaba, 1994) esta situação poderá ser descrita como as pressões alfa obstrutivas de ansiedade e medo da dor (psicológicos) e ambiente estranho (ambientais) para a criança e de dificuldade em consolar a criança (socioculturais) por parte dos pais, que estariam a ser minimizados pela mudança de colo na procura de um ambiente seguro e pela sucção não nutritiva na mama por parte da criança, e pela alternância de colo por parte dos pais (pressão alfa interativa) conduzindo a uma sensação de conforto por parte do binómio criança e pais (pressão beta).

A intervenção de enfermagem (pressão alfa facilitadora) consistiu na avaliação do crescimento (criança no percentil 50, nas diferentes avaliações) e desenvolvimento (a criança atingiu todas as competências a desenvolver nesta etapa do seu desenvolvimento), na prestação de informação antecipatória relativamente ao que irá desenvolver (subir escadas com pés alternados, maior destreza manual, maior vocabulário, frases mais inteligíveis) e os comportamentos ainda presentes como o

egocentrismo, a dificuldade em não ser o centro das atenções e de não ver os seus desejos satisfeitos, os terrores noturnos assim como atividades promotoras do desenvolvimento (estimular a arrumação e a imitação, brincadeiras para estimular a coordenação motora, tintas, histórias, puzzles, facilitar o jogo simbólico, ajuda nas tarefas diárias), procurando assim capacitar os pais a exercerem a sua parentalidade de forma mais eficaz e conseguindo desenvolver estratégias que respondam às necessidades de conforto de todos, promovendo desta forma uma alteração da sensação de conforto por todos (pressão beta). Esta nova sensação irá espectavelmente conduzir á adopção de comportamentos promotores da saúde, que se irão manifestar externamente pela menor ansiedade e menor receio de estranhos por parte da criança, e nos pais uma maior autonomia e sensação de capacidade de lidar com as situações e de promover o conforto à sua criança.

Estas intervenções estão de acordo com as recomendações constantes quer do PNSIJ (Direcção-Geral da Saúde, 2013) quer do Guia Orientador de Boas Práticas da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2010), e refletem a responsabilidade da avaliação do estado de saúde, crescimento e desenvolvimento infantil, reconhecendo como refere (Pinto, 2009, p. 677) que o “conhecimento das diferentes etapas do desenvolvimento, a sua antecipação e o aconselhamento dos pais sobre as actividades que podem ajudar a promover a aquisição das competências, podem evitar alguns dos problemas relacionados com factores ambientais e erros ou lacunas na estimulação da criança.” Nesta apreciação constata-se a importância da provisão de aconselhamento aos pais e da prestação de cuidados antecipatórios na procura de oportunidades de maximizar o crescimento saudável quer da criança quer da família no seu todo, podendo mesmo referir-se que nesta intervenção se identificam as competências específicas do EESIP como definidas no seu regulamento (Ordem dos Enfermeiros, 2018): assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde, cuida em situações de especial complexidade e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

O acompanhamento da EESIP e da EE de saúde materna e obstétrica (EESMO) numa visita domiciliar foi uma oportunidade de aprendizagem única. A utente era uma mãe adolescente (15A), primípara, pai também adolescente, com um recém-nascido (RN) de 7 dias. Durante a mesma foi feita uma avaliação da adaptação mãe-

bebe, amamentação, condições de habitação e dúvidas. O RN apresentava-se com bom estado geral e boa vitalidade, dentro dos percentis esperados para a idade, com reflexos presentes. A mãe encontrava-se animada e entusiasmada com a experiência, a demonstrar cuidado na manipulação do RN e preocupação com o seu bem estar, a referir que com o apoio da mãe (avó do RN) seria fácil de gerir os cuidados ao RN. Apresentava ainda algumas limitações na sua mobilidade devido a dor relacionada com o processo do parto, bem como dificuldade em encontrar uma posição de conforto para descansar. Ao questionar-se a situação relacional com o pai (colega de escola) a ficar mais evasiva e ansiosa, a referir que “ele vai assumir, nós gostamos muito um do outro” muito embora apresente comportamento corporal que indicia falta de convicção neste comportamento do pai. A amamentação está estabelecida mas com algumas dificuldades na pega, referindo ter alguma dor, apresentando algumas lesões a nível da aréola.

A nível de intervenções foi realizado treino de pega pela EESMO com sensação de melhoria da adaptação e eficácia da mamada e reforçadas estratégias de proteção cutânea da mama. Foram abordadas dúvidas relativamente aos cuidados a realizar ao RN nesta idade (banho, roupa necessária para manter normotermia, hidratação da pele) e dada orientação antecipatória relativamente ao comportamento do RN no 1º mês de vida: início de controlo cefálico mas ainda com necessidade de apoio, visão em desenvolvimento fixando a face da mãe ao alimentá-lo e seguindo-a, reage a sons procurando-os, melhor organização dos períodos de vigília e sono. Revisão do estado vacinal do RN e abordagem relativamente à vontade de realizar a vacinação que a mãe referiu ir cumprir o calendário vacinal. Foi igualmente abordada a questão do apoio da avó e de que modo isso seria uma situação desorganizadora da vida corrente, não sendo segundo a avó algo que fosse alterar muito a sua rotina e tendo bastante tempo disponível para apoiar a filha. Quanto ao pai do RN, a adolescente manteve o mesmo discurso mas a avó do RN referia que talvez não fosse assim tão fácil e que já ela tinha passado por uma situação semelhante na sua adolescência tendo de tomar conta da filha (mãe do RN) sozinha. As EE tomaram nota da envolvente social e agendaram nova consulta para os 15 dias do RN e se possível com o pai para se poder fazer uma avaliação mais abrangente das condições de apoio ao RN e à mãe adolescente.

Muito embora a gravidez na adolescência não fosse um tema novo para mim, nunca havia contactado com esta realidade de forma direta, mas sempre por fontes secundárias ou em meios de comunicação, e tomei consciência do problema e problemática envolvida nestas situações neste contacto fortuito e muito enriquecedor, o que me levou a procurar mais informação sobre este tema.

Com efeito, os adolescentes em Portugal são maioritariamente saudáveis, sendo os problemas de saúde maioritariamente relacionados com traumatismo, ferimentos ou lesões acidentais (Ordem dos Enfermeiros, 2011, 2015). Os problemas nos adolescentes estão maioritariamente relacionados com comportamentos de risco, sendo os mais preocupantes: os desequilíbrios alimentares, consumo de álcool, tabaco e drogas, infeções sexualmente transmissíveis, o suicídio, e a parentalidade precoce (Ordem dos Enfermeiros, 2011, 2015) ocupando esta “o 2º lugar entre os países da união europeia com 15.6%, salientando-se a não utilização de métodos contraceptivos em 16% das adolescentes” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 18). Mais recentemente, numa revisão de (Canavarro & Pedrosa, 2012) estes autores referem uma alteração desta situação muito embora ainda longe dos melhores resultados dos outros países da União Europeia, sendo próximo dos 4% a taxa de nascimentos em mulheres adolescentes por cada 100 nados vivos.

Segundo Canavarro e Pedrosa (2012) a gravidez na adolescência é decorrente de transformações sociais de mudança nos papéis de género tradicionais e de alteração das estruturas familiares, do modo de vida da população geral, da diminuição da repressão face às relações sexuais fora dum enquadramento de casal. A gravidez e a parentalidade adolescente são um processo sequencial em que se encadeiam decisões e comportamentos influenciados por múltiplas variáveis, pertencentes a diferentes contextos de vida da adolescente (Canavarro & Pedrosa, 2012). Segundo estes autores as adolescentes que decidem progredir com a gestação e cuidar do bebé pertencem geralmente a agregados familiares mais carenciados, com aspirações académicas e profissionais baixas, sendo a maternidade aceite e valorizada pelo seu grupo social e vista como uma porta de entrada na vida adulta (Canavarro & Pedrosa, 2012). Como implicações apontam em relação à mãe a necessidade de desempenhar tarefas adicionais às que necessita de realizar enquanto adolescente, o abandono escolar e baixo nível de instrução, risco de nova gravidez precoce, sendo que o ambiente em que se encontra e o nível de apoio social

têm um impacto significativo na resolução destas implicações, e para a criança maior dificuldade no percurso escolar, problemas de adaptação e atraso desenvolvimental, bem como maior risco de futuramente adoptarem comportamentos de risco (Canavarro & Pedrosa, 2012). Quanto ao pai, referem estes autores que metade dos casais adolescentes mantêm-se juntos nos primeiros meses mas que tendem a separar-se ao longo do tempo, sendo um fator de protecção quando o pai permanece na relação, quando providencia apoio emocional, financeiro e das tarefas de prestação de cuidados (Canavarro & Pedrosa, 2012).

Desta contextualização identifica-se que se está perante uma situação complexa, de múltipla intervenção face aos diversos intervenientes (RN, mãe, avó, pai) e com múltiplos factores de risco quer actuais quer futuros para o desenvolvimento adequado do RN, para o desenvolvimento adequado da mãe enquanto adolescente e cuidadora e do pai enquanto adolescente e cuidador, envolvendo a avó materna enquanto familiar de apoio e suporte próximo à tríade RN, mãe e pai. Importa mencionar que este contexto socio-familiar precisa de ser melhor identificado para se poder planear intervenções ajustadas e efetivas aos seus constituintes, tendo presente que em relação ao RN estes primeiros meses de vida são importantíssimos no seu desenvolvimento como aponta (Shonkoff, 2016). Ao proceder desta forma está-se a dar cumprimento às linhas-mestras do PNSIJ em particular a valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, a detecção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança, trabalho em equipa como forma de responder à complexidade dos problemas actuais e das necessidades em saúde, sendo também referido neste documento que é particularmente importante criar condições para a “visitação domiciliária, elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como *de risco*.” (Direcção-Geral da Saúde, 2013, p. 7).

Aplicando a esta situação a Teoria de Kolcaba (Kolcaba, 1994) o RN encontra-se num estado de conforto óptimo, sem alterações do seu comportamento e com desenvolvimento adequado, identificando-se necessidades a nível da mãe adolescente que podem ser descritas como pressões alfa obstrutivas de dor na amamentação, dor na mobilização (físicas), a ansiedade e a incerteza da capacidade

de cuidar (psicoespiritual), a incerteza da relação e apoio do pai do RN (socioculturais). Como pressão alfa interativa estava a ser utilizado o apoio da mãe a nível de orientação dos cuidados ao RN e na prestação concreta dos cuidados, o que caracteriza uma percepção de conforto (pressão beta). Após a intervenção de enfermagem (pressão alfa facilitadora) descritas acima relativamente aos cuidados ao RN, cuidados a ter com a mama e amamentação e informação de índole antecipatória com marcação de nova consulta de seguimento promoveu-se uma alteração da percepção de conforto (pressão beta) no sentido de um estado de conforto aumentado e que consequentemente irá levar à adopção de comportamentos promotores da saúde, manifestados internamente por uma diminuição da dor na amamentação e na mobilização, e externamente pela melhoria da autonomia na prestação dos cuidados ao RN, maior satisfação com a amamentação, sensação de auto-realização, capacidade de projetar necessidades futuras do RN e suas e como resolvê-las, e comparência nas consultas agendadas.

Por último, mas não menos importante, foi a experiência de vacinação das crianças, procedimento que só de se mencionar nos trás à memória sensações e lembranças de como foi connosco, por vezes até mesmo cheiros de tempos antigos. Sei que a vacinação é, e sempre foi, uma das grandes conquistas da sociedade a nível da prevenção da doença e na redução da mortalidade infantil como referido no Plano Nacional de Vacinação (PNV) (Direcção-Geral da Saúde, 2016), e proporcionando igualdade de oportunidades independentemente do género, etnia, cor, religião, estatuto social, rendimento ou ideologia, sendo em Portugal as vacinas recomendadas dispensadas gratuitamente e de acordo com um esquema vacinal recomendado que consta do PNV (Direcção-Geral da Saúde, 2016). Os elevados valores da taxa de cobertura vacinal são devidos em grande parte ao trabalho de enfermagem, sendo o acto de vacinar uma oportunidade de relação entre o enfermeiro e a criança/jovem e família e de promoção de comportamentos promotores da saúde, nomeadamente o cumprimento do esquema vacinal (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

No âmbito da temática geral deste trabalho seria pertinente descobrir como prevenir ou minimizar o aspeto traumático de que me recordava do medo e dor nas vacinas, e que técnicas ou estratégias são hoje em dia utilizadas nesse sentido, farmacológicas ou não farmacológicas, podendo ser assim consideradas intervenções promotoras do

conforto, ainda que maioritariamente direccionadas para a minimização ou eliminação da dor no procedimento de vacinação.

Com efeito, a literatura é uniforme em que a vacinação é um procedimento a que todas as crianças são sujeitas, ainda que saudáveis, e que é uma fonte de dor e sofrimento que pode ser evitada ou minimizada (Chittaluri & Rani, 2017; Harrison et al., 2016; Hatami Bavarsad et al., 2018; Leite et al., 2015; World Health Organization, 2015) tendo um impacto a curto e longo prazo nomeadamente uma reacção intensa a procedimentos futuros, níveis mais elevados de ansiedade, menor tolerância à dor na idade adulta, medo antecipatório, ineficácia analgésica (Cwynar & Osborne, 2019; Harrison et al., 2016; Leite et al., 2015) o que é suportado pelo impacto de eventos traumáticos durante o desenvolvimento infantil mesmo no período neonatal (Cwynar & Osborne, 2019; Hatami Bavarsad et al., 2018; Shonkoff, 2016) e pode eventualmente conduzir a uma hesitação em aderir ao plano vacinal e consequente diminuição da cobertura vacinal (Cwynar & Osborne, 2019; Harrington et al., 2012; World Health Organization, 2015).

Em 2015 a Organização Mundial de Saúde publicou um conjunto de recomendações para a boa prática na gestão da dor durante a vacinação (World Health Organization, 2015) incluindo medidas gerais como a atitude calma do profissional que administra e uso de palavras neutras, posicionamento adequado (colo ou sentado de preferência), não aspirar na administração com administração rápida e administrar a vacina mais dolorosa em último (MMR e Prevenar), e específicas como a presença parental, ao colo abaixo dos 3 anos e sentados acima dessa idade, amamentação se possível, vacinas orais primeiro, usar distração (brinquedo, video, musica,...), acrescentando (Taddio et al., 2015) amamentação até aos 2 anos ou sucrose na sua impossibilidade, a presença parental até aos 10 anos, o uso de EMLA até aos 12 anos, a necessidade de treino dos profissionais e dos pais na gestão da dor e informação sobre sensações antecipadamente e distração durante a técnica.

Ao deparar-me com todas estas técnicas procurei saber quais as usadas em concreto constatando após discussão e observação dos EESIP que estas eram parte da sua prática corrente, em particular a amamentação que viam como a estratégia de eleição nas vacinas até ao 1 ano de vida. Um estudo realizado em Portugal mas com uma população reduzida de crianças (87) sobre a gestão da dor na vacinação reportava

uma prática de cuidados não coincidentes com as recomendações (Rebello Pacheco, Abadesso, Monteiro, & Taddio, 2016) pelo que este campo de estágio poderia ser uma fonte particularmente proveitosa de boas práticas nesta área.

A literatura acerca da amamentação enquanto técnica de controlo da dor na vacinação aponta fortemente para a sua eficácia face às alternativas (Chittaluri & Rani, 2017; Harrison et al., 2016; Hatami Bavarsad et al., 2018; Leite et al., 2015; Nieto García et al., 2019; Vohra, Purani, Mehariya, & Shah, 2017; Zurita-Cruz, Rivas-Ruiz, Gordillo-Álvarez, & Villasis-Keever, 2017), sendo uma opção de baixo custo e de fácil obtenção quando disponível (Chittaluri & Rani, 2017), não estando associada à ocorrências de eventos adversos como a aspiração, vómitos, cianose ou alterações respiratórias (Hatami Bavarsad et al., 2018). Outras estratégias não farmacológicas incluem o conter, embalar e cantarolar (Harrington et al., 2012; Pillai Riddell et al., 2015) a distração com brinquedos, videos ou música (Cwynar & Osborne, 2019). A nível farmacológico quer a sucrose quer o EMLA mostraram ser eficazes (Desprie & Langeland, 2016; Jacobson et al., 2001; Shah, Taddio, & Rieder, 2009) sendo a primeira uma alternativa em lactentes em mães que não produzam leite materno, e a utilização de paracetamol de forma prévia como mediada preventiva da dor não é recomendada de acordo com o trabalho de (Suleiman, Shamsudin, Mohd Rus, Draman, & Taib, 2018).

Da experiência deste contexto de estágio, e não sendo uma avaliação sujeita ao rigor da investigação, a amamentação durante a vacinação é uma estratégia de controlo da dor bem aceite por parte das mães que se encontram a amamentar, referindo algumas que é uma forma de ajudarem a sua criança durante este procedimento doloroso, havendo mães que não estando a amamentar aceitam a utilização de sucrose e reconhecem à sua utilidade no controlo da dor, não tendo presenciado nenhuma situação em que as mães se recusassem a utilizar qualquer tipo de estratégias de controlo da dor. Em relação à amamentação e o efeito de controlo da dor na criança procurei replicar os estudos citados atrás utilizando um procedimento semelhante de observação do processo de vacinação utilizando a escala Faces Legs Activity Cry Consolability (FLACC) adaptada para português de acordo com a recomendação da DGS para a avaliação da dor nas crianças (Direcção-Geral Da Saúde, 2010) marcando as situações e tempo em que ocorriam e qual o grau de dor em duas crianças de 4 Meses, que iriam realizar vacinação na consulta de vigilância,

sendo administradas nesta idade a vacina pentavalente Pentavac® e a Prevenar®, tendo uma das crianças também a vacina para rotavírus Rotatec® para realizar (ANEXO I).

Destas duas situações concretas constata-se que o procedimento de vacinação seguiu as recomendações da OMS (World Health Organization, 2015) nomeadamente a administração rápida sem aspiração e a administração da vacina mais dolorosa por último. Pela observação dos dados na tabela verifica-se que a amamentação tem um efeito positivo no processo de retorno ao estado de conforto inicial da criança, sendo assim eficaz no controlo da dor como refere a literatura. Esta eficácia está realionada com diversos efeitos interconexos em particular a existência de beta-endorfinas no leite (Desprie & Langeland, 2016; Hatami Bavarsad et al., 2018) que bloqueiam a transmissão do sinal de dor (Desprie & Langeland, 2016), o acto prazeroso de sucção e nutrição (Cwynar & Osborne, 2019) que se enquadra na fase oral de desenvolvimento de Freud (Ward & Hisley, 2011), contacto pele a pele e contenção (Cwynar & Osborne, 2019) que promove uma sensação de segurança e conexão com os cuidadores principais como apontam Bowlby e Ainsworth, e que está também enquadrado no estágio de desenvolvimento de Erikson de confiança *versus* desconfiança, reconhecendo a criança os cuidadores que lhe garantem segurança, e promove uma modelação das sensações experienciadas pela criança que se encontra na fase de desenvolvimento sensoriomotora de Piaget (Ward & Hisley, 2011).

Procurando aplicar neste contexto de vacinação a Teoria do Conforto (Kolcaba, 1994) ao Caso 1 apresentado no Anexo I, poderá descrever-se que a criança é sujeita a pressões alfa obstrutivas de dor relacionada com a vacinação (físicas), ansiedade e/ou pânico com o procedimento (psicoespirituais) temperatura e ambiente estranho (ambientais) podendo definir-se uma matriz de necessidades como exposto na Tabela 1. A intervenção de enfermagem de proporcionar um ambiente calmo, com temperatura amena, e de incentivo à amamentação, com administração segundo as recomendações internacionais (pressão alfa facilitadora) em conjunto com a intervenção da mãe de segurar e amamentar antes, durante e após o procedimento (pressão alfa interativa) conduzem a uma sensação de conforto por parte da criança (pressão beta). Esta sensação traduz-se em comportamentos promotores de saúde internos como a ausência de dor ou dor mínima e de curta duração, e externos pela

manifestação de um comportamento calmo e manutenção ou retorno rápido ao estado de conforto óptimo antes do procedimento de vacinação.

Tabela 1 – Matriz taxonómica de necessidades de criança de 4 meses submetida a vacinação

Matriz de Necessidades	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físicas	Dor	Posicionamento	Chuchar
		Controlo da dor	Amamentar
		Chuchar	Melhor estado de auto-regulação
		Amamentar	
Psicoespirituais	Ansiedade	Ambiente seguro	Contacto com a mãe
	Pânico		
Ambientais	Temperatura	Ambiente calmo	Contacto com a mãe
		Contenção	
Sociais		Contacto com a mãe	

A intervenção do EESIP neste procedimento doloroso é fundamental para se potenciar a relação entre mãe/cuidador e criança, desmistificando os problemas hoje em dia referidos como estando associados à vacinação e tornando este procedimento algo para o qual as crianças e os pais estão mais confortáveis a realizar. A utilização da amamentação como estratégia não farmacológica de controlo da dor é eficaz e acessível e promove uma intervenção relacional entre mãe e criança, seguindo igualmente os princípios dos cuidados não traumáticos (Hockenberry & Barrera, 2018), e promovendo um desenvolvimento infantil sujeito a menos exposição a situações traumáticas (Shonkoff, 2016).

Conclusões

As aprendizagens neste campo de estágio foram fundamentais no desenvolvimento de competências de EESIP em particular na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil nas diversas idades, nas estratégias comunicativas ajustadas à idade tendo em conta os estádios de desenvolvimento cognitivo, psicossocial e moral, e de que modo é que a intervenção de EESIP é uma mais valia para a maximização da saúde da criança/jovem e família. Tive também a oportunidade de contactar com a aplicação de uma estratégia não farmacológica da dor, a amamentação, durante a realização da vacinação, e aprofundar a sua fundamentação e aplicação, sendo um caminho futuro possível a implementação desta estratégia noutros contextos e noutros procedimentos, e ser assim um agente promotor do conforto à criança/jovem e família. A oportunidade de contactar com uma situação de gravidez e parentalidade adolescente foi muito significativa na consciencialização da complexidade do problema, e do nível de articulação e intervenção necessário, em particular a intervenção multidisciplinar, reconhecendo que nesta situação complexa em concreto é esperado e expectável que o EESIP demonstre as suas competências no diagnóstico, planeamento e intervenção. Todas as aprendizagens realizadas neste campo de estágio foram fundamentais para o desenvolvimento de competências para o meu exercício enquanto enfermeiro e futuramente EESIP, sendo aplicáveis na minha prática ainda que não de uma forma diária, mas que permitem enquadrar a minha intervenção de uma forma mais global, dando uma resposta mais abrangente às necessidades de conforto da criança/jovem e sua família.

Bibliografia

- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2012). Gravidez e parentalidade na adolescência: perspectivas teóricas. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*, 2, 34–55. Retrieved from [http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1576/1/2012 gravidez e parentalidade adolescente perspectivas teóricas.pdf](http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1576/1/2012%20gravidez%20e%20parentalidade%20adolescente%20perspetivas%20teóricas.pdf)
- Chittaluri, V., & Rani, S. R. (2017). Effectiveness of Breast Feeding on Pain Perception During Vaccination among Infants. *International Journal of Nursing Education*, 9(2), 52–56. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2017.00035.6>
- Conselho de Ministros. *Decreto-Lei nº 118/2014*. , Pub. L. No. Diário da República, 1ª série-N.º 149, 4069 (2014).
- Cwynar, C. M., & Osborne, K. (2019). Immunization-Associated Pain: Taking Research to the Bedside. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(4), 446–454. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.12.004>
- Despriee, Å. W., & Langeland, E. (2016). The effect of sucrose as pain relief/comfort during immunisation of 15-month-old children in health care centres: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 372–380. <https://doi.org/10.1111/jocn.13057>
- Direcção-Geral da Saúde. (2013). Norma da Direcção-Geral da Saúde Nº 010/2013. In *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Retrieved from papers2://publication/uuid/F8431BE9-EE38-48E0-AC22-7AECFDD0241F
- Direcção-Geral da Saúde. (2016). Norma da Direcção-Geral da Saúde Nº 016/2016. In *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Retrieved from <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i018596.pdf>
- Direcção-Geral Da Saúde. (2010). Orientação da Direcção-Geral da Saúde Nº 014/2010. In *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa.
- Harrington, J. W., Logan, S., Harwell, C., Gardner, J., Swingle, J., McGuire, E., & Santos, R. (2012). Effective Analgesia Using Physical Interventions for Infant Immunizations. *PEDIATRICS*, 129(5), 815–822. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1607>
- Harrison, D., Reszel, J., Bueno, M., Sampson, M., Shah, V. S., Taddio, A., ... Turner, L. (2016). Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), 1–53. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011248.pub2>
- Hatami Bavarsad, Z., Hemati, K., Sayehmiri, K., Asadollahi, P., Abangah, G., Azizi, M., & Asadollahi, K. (2018). Effects of breast milk on pain severity during muscular injection of hepatitis B vaccine in neonates in a teaching hospital in Iran. *Archives de Pédiatrie*, 25(6), 365–370. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.06.001>
- Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2018). Perspectives of Pediatric Nursing. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed., p. 1424). St Louis: Elsevier - Health Sciences Division.
- Jacobson, R. M., Swan, A., Adegbenro, A., Ludington, S. L., Wollan, P. C., & Poland, G. A. (2001). Making vaccines more acceptable — methods to prevent and minimize pain and other common adverse events associated with vaccines. *Vaccine*, 19(17–19), 2418–2427.

[https://doi.org/10.1016/S0264-410X\(00\)00466-7](https://doi.org/10.1016/S0264-410X(00)00466-7)

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic Confort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178–1184.

Leite, A. M., Silva, A. de C. T. O. da, Castral, T. C., Nascimento, L. C., Sousa, M. I. de, & Scochi, C. G. S. (2015). Amamentação e contato pele-a-pele no alívio da dor em recém-nascidos na vacina contra Hepatite B. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(3), 1–9.
<https://doi.org/10.5216/ree.v17i3.31932>

Nieto García, A., Berbel Tornero, O., Monleón Sancho, J., Alberola-Rubio, J., López Rubio, M. E., & Picó Sirvent, L. (2019). Evaluación del dolor en niños de 2, 4 y 6 meses tras la aplicación de métodos de analgesia no farmacológica durante la vacunación. *Anales de Pediatría*, 91(2), 73–79. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.10.002>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Cadernos OE*, 1(3), 1–134.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guias Orientadores De Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.), *Cadernos OE* (Vol. 3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento n.º 351/2015*. , Pub. L. No. Diário da República, 2ª série-N.º 119, 16660 (2015).

Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento n.º 422/2018*. , Pub. L. No. Diário da República, 2ª série-Nº 133, 19192 (2018).

Pillai Riddell, R. R., Racine, N. M., Gennis, H. G., Turcotte, K., Uman, L. S., Horton, R. E., ... Lisi, D. M. (2015). Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1–184.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006275.pub3>

Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 677–687.

Rebelo Pacheco, S., Abadesso, C., Monteiro, A., & Taddio, A. (2016). Pain management during childhood vaccination injections in Portugal - a call to action. *Acta Paediatrica*, 105(8), e338–e338. <https://doi.org/10.1111/apa.13434>

Shah, V., Taddio, A., & Rieder, M. J. (2009). Effectiveness and tolerability of pharmacologic and combined interventions for reducing injection pain during routine childhood immunizations: Systematic review and meta-analyses. *Clinical Therapeutics*, 31(SUPPL. 2), S104–S151.
<https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2009.08.001>

Shonkoff, J. P. (2016). Capitalizing on Advances in Science to Reduce the Health Consequences of Early Childhood Adversity. *JAMA Pediatrics*, 170(10), 1003.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.1559>

Suleiman, N., Shamsudin, S. H., Mohd Rus, R., Draman, S., & Taib, M. (2018). The Relevancy of paracetamol and Breastfeeding Post Infant Vaccination: A Systematic Review. *Pharmacy*, 6(27), 1–16. <https://doi.org/10.3390/pharmacy6020027>

Taddio, A., McMurtry, C. M., Shah, V., Riddell, R. P., Chambers, C. T., Noel, M., ... Bleeker, E. V.

- (2015). Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 187(13), 975–982. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150391>
- Vohra, A., Purani, C., Mehariya, K. M., & Shah, B. (2017). Neonatal Analgesia: Effect of Sucrose Solution versus Breastfeeding in Procedural Pain. *Pediatric Oncall*, 14(4), 79–82. <https://doi.org/10.7199/ped.oncall.2017.56>
- Ward, S. L., & Hisley, S. M. (2011). Caring for the Developing Child. In *Maternal-Child Nursing Care: Optimizing Outcomes for Mothers, Children & Families* (pp. 641–664). F.A. Davis Company.
- World Health Organization. (2015). Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper - September 2015. *Weekly Epidemiological Record*, 39, 975–982.
- Zurita-Cruz, J. N., Rivas-Ruiz, R., Gordillo-Álvarez, V., & Villasis-Keever, M. Á. (2017). Lactancia materna para control del dolor agudo en lactantes: ensayo clínico controlado, ciego simple. *Nutrición Hospitalaria*, 34(2), 301–307. <https://doi.org/10.20960/nh.163>

ANEXO I

IDENTIFICAÇÃO – Caso 1		Data	Situação	Colo Mãe	A mamar	Pentavac®	Prevenar®	Retorno
Criança de 4 Meses		11/12/2019	Hora	12:55	12:58	13:02	13:03	13:04
SCORE	0	1	2					
FACE	Nenhuma expressão particular ou sorriso.	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas	0	0	0	1	0
PERNAS	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapés ou esticadas	0	0	0	2	0
ACTIVIDADE	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos	0	0	0	2	0
CHORO	Ausência de choro (acordado ou adormecido)	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais.	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes	0	0	0	2	0
CONSOLABILIDADE	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar	0	0	0	2	0
PONTUAÇÃO TOTAL				0	0	0	9	0

IDENTIFICAÇÃO – Caso 2 Criança de 4 Meses e 5 dias		Data	Situação	Colo Mãe	A mamar	Colo Avó	Rotatec®	Fim da Rotatec®	A mamar	Colo Avó	Pentavac®	Prevenar®	Colo da Avó	Retorno
		13/12/2019	Hora	11:30	11:45	12:10	12:11	12:13	12:15	12:17	12:18	12:18	12:19	12:22
SCORE	0	1	2											
FACE	Nenhuma expressão particular ou sorriso.	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas	0	0	0	0	1	0	0	2	2	1	1
PERNAS	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapés ou esticadas	0	0	0	0	2	0	0	2	2	1	0
ACTIVIDADE	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos	0	0	0	0	1	0	0	2	2	1	0
CHORO	Ausência de choro (acordado ou adormecido)	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais.	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes	0	0	0	0	2	0	0	2	2	2	1
CONSOLABILIDADE	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar	0	0	0	0	2	0	0	2	2	2	1
PONTUAÇÃO TOTAL				0	0	0	0	8	0	0	10	10	7	3

**APÊNDICE XI – PROJETO DE ATIVIDADE PARA O DIA DA
CRIANÇA**

PROPOSTA DE ACTIVIDADE

Visita e realização de atividades de saúde na Unidade de Saúde Familiar

*Projeto de colaboração entre a Unidade de Saúde Familiar e o
Jardim de Infância do Centro*

Local, Mês de XXXX

Nota introdutória

A proposta que apresentamos tem como objetivo recuperar uma iniciativa realizada no ano de 2016, de visita à Unidade de Saúde Familiar (USF) no Dia Mundial da Criança, que foi reconhecida de modo consensual e global por todos os intervenientes como produtiva, interessante e com impacto nas crianças que nela participaram.

Por constrangimentos diversos, nos anos seguintes não houve oportunidade de realizar esta iniciativa novamente, sendo sentido pelos profissionais da USF que tendo em vista o bom resultado atingido, deveriam ser envidados esforços para operacionalizar a sua realização. Após auscultação da equipa educativa do Jardim-de-Infância do Centro, foi por esta igualmente reconhecida a vertente educativa e o bom resultado atingido, disponibilizando-se para a realização desta iniciativa em 2020.

A Lei de Bases da Educação afirma que o sistema educativo deve contribuir para a realização do educando através do seu pleno desenvolvimento a nível físico, de personalidade, carácter e cidadania, proporcionado uma reflexão consciente dos valores espirituais, estéticos, morais e cívicos. Deve igualmente contribuir para a realização pessoal e comunitária do indivíduo, descentrando, desconcentrando e diversificando as ações educativas de modo a proporcionar a adaptação e sentido de participação das comunidades e inserção no meio comunitário. O Jardim-de-Infância responde a estes desígnios na sua procura de tornar a criança responsável e autónoma, bem como útil e crescida aos olhos dos outros, através de contextos participativos e alicerçado em parcerias.

Na vertente dos cuidados de saúde, a USF está inserida nos cuidados de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde, sendo um elemento preponderante na prestação de cuidados à comunidade em que se insere, numa perspetiva de promoção da saúde e prevenção da doença, e num acompanhamento de qualidade e proximidade às populações. Em particular, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil inclui como linhas mestras de intervenção os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e prevenção da doença, o reincentivo ao cumprimento do Plano Nacional de Vacinação, a prevenção das perturbações emocionais, o apoio à responsabilização progressiva em saúde das crianças e dos jovens, o trabalho multidisciplinar e em articulação com estruturas, programas e projetos dentro e fora do sector da saúde, que contribuam para o crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens.

Assim, julga-se pertinente a realização desta iniciativa como forma de colocar em prática e no terreno o atrás exposto relativamente ao trabalho educativo e participativo da criança num contexto colaborativo interinstitucional. Através da elaboração deste documento procura-se consubstanciar as diversas sugestões fornecidas após auscultação prévia dos intervenientes, e servir como proposta inicial para uma discussão mais aprofundada.

Deste modo, nesta proposta pretende-se: identificar os objetivos, os contextos e os resultados esperados, bem como os intervenientes. Procura-se igualmente apresentar o faseamento de organização dos processos, e das atividades a realizar, de modo a explanar de forma estruturada as questões organizativas mais relevantes, e providenciar assim as condições para a consecução de um planeamento atempado e a concretização com sucesso da iniciativa.

Título

Crescer e Descobrir com Saúde

População alvo

Crianças de 5 anos a frequentar o Jardim-de-Infância do Centro (23 crianças em 3 salas)

ou

Crianças de 4 e 5 anos a frequentar o Jardim-de-Infância do Centro (46 crianças em 4 salas, podendo dividir-se em grupos de 21 e 25 crianças)

Local

Unidade de Saúde Familiar

Data de realização

Dia 1 de Junho de 2020 – Dia Mundial da Criança

Duração

1 ou 2 horas

Intervenientes

Educadoras de infância do Jardim-de-Infância e profissionais de saúde da USF

Objetivos

Geral

Sensibilizar as crianças em idade pré-escolar para as atividades de promoção de saúde

Específicos

Promover uma relação de proximidade entre as crianças e os profissionais de saúde;

Clarificar a importância da vacinação para a prevenção da doença;

Incentivar a adesão ao Programa Nacional de Saúde Infantil;

Desmistificar receios e medos em relação à vacinação/outras intervenções, facilitando e promovendo a expressão de emoções e sentimentos num ambiente seguro;

Realizar atividades facilitadoras da expressão de emoções e sentimentos;

Sensibilizar a adoção de hábitos alimentares saudáveis;

Sensibilizar a adoção de cuidados de higiene oral regulares;

Sensibilizar a adoção de comportamentos de prevenção de exposição solar;

Informar os pais ou cuidadores sobre vacinação, alimentação saudável, higiene oral e exposição solar;

Clarificar e promover a importância do profissional de enfermagem, assim como dos outros profissionais da USF.

Resultados Esperados

Crianças interagem sem receio com os profissionais;

Crianças demonstram ou verbalizam diminuição do receio da vacinação/outras intervenções;

Crianças demonstram ou verbalizam exemplos de comportamentos/hábitos saudáveis;

Crianças realizam atividades lúdicas;

Crianças expressam os seus sentimentos/emoções e aprendizagens de forma confiante.

Atividades a Realizar

Fases		Atividades a Realizar	Recursos Materiais	Profissional Responsável	Tempo (min)
Acolhimento		Apresentação dos profissionais; Sensibilização para a promoção da saúde.	Cartões de identificação; Folhetos informativos;		10-15
Implementação	Sala de Consulta	Simulação de consulta de avaliação da saúde; Hábitos alimentares e de higiene oral.	Desenhos para colorir; Lápis de cor; Balança; Aparelho medidor de tensão arterial; Jogo dos alimentos; Bonecos.		10-20
	Sala de Tratamentos	Simulação de ferida incisa; Simulação de traumatismo; Simulação de falta de ar.	Desenhos para colorir; Lápis de cor; Pensos; Ligaduras não elásticas; Máscara de oxigénio/aerossol; Bonecos.		10-20

	Sala de Vacinação	Simulação de processo de vacinação	Desenhos para colorir; Lápis de cor; Pensos; Seringas; Bonecos; Tela branca com o título “Gosto quando... e não gosto quando...”		10-20
Conclusão		Avaliação das aprendizagens e expressão das vivências	Tela branca para impressões digitais/palmares, expressão de sentimentos e emoções e aprendizagens.		15-20

Cronograma de tomada de decisão

Até final de Fevereiro de 2020

Contacto entre todos os profissionais envolvidos quer do Jardim-de-Infância quer da Unidade de Saúde Familiar;

Formalização da intenção de colaboração na iniciativa;

Determinação de porta-voz de cada instituição.

Até final de Março de 2020

Determinação do número/grupo de crianças a participar na iniciativa;

Determinação das pessoas responsáveis pelas atividades;

Determinação do fluxo de crianças pelas diversas salas;

Orçamentação dos custos associados ao material a adquirir;

Determinação da forma e meio de aquisição do material didático.

Até 30 de Maio de 2020

Verificação da existência de todo o material didático necessário;

Verificação da disponibilidade dos profissionais envolvidos;

Determinação da hora de realização da atividade (preferencialmente no período da manhã);

Preparação e distribuição do material didático pelas diversas áreas de realização de atividades de acordo com o planejamento;

Dia 1 Junho de 2020

Implementação da atividade

Até 15 de Junho

Reunião de avaliação da iniciativa;

Determinação de data para iniciar organização para o ano de 2021

Bibliografia

Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de Junho (2017). Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar. Diário da República I Série. N.º 118 (21-06-2017) 3128-3140

Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro (1986). Lei de Bases do Sistema Educativo. Diário da República I Série. N.º 237 (14-10-1986)

Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto (1990). Lei de Bases da Saúde. Diário da República I Série. N.º 195 (24-08-1990)

Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto (2007). Regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF). Diário da República I Série. N.º 161 (22-08-2007)

**APÊNDICE XII – PLANO DE SESSÃO DE
INFORMAÇÃO/FORMAÇÃO E QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO**

Plano da Sessão de Formação

Serviço	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos		
Designação da Sessão de Formação	A Criança com Síndrome de Abstinência Iatrogénica: identificação, avaliação e intervenção		
Objectivos	<p>Aprofundar conhecimentos sobre a Síndrome de Abstinência Iatrogénica (SAI);</p> <p>Identificar escalas de avaliação da síndrome de abstinência adequadas à criança</p> <p>Identificar intervenções recomendadas para a prevenção e tratamento da síndrome de abstinência</p>		
Competências a adquirir	<p>Capacidade de reconhecimento da criança em risco de desenvolver a SAI;</p> <p>Identificação e mobilização de ferramentas clínicas (escalas de avaliação) adequadas à criança em risco ou com SAI;</p> <p>Identificação de medidas preventivas e de tratamento recomendadas nos cuidados à criança em risco ou com SAI.</p>		
Conteúdo programático	<p>Conceitos de tolerância, dependência, abstinência e iatrogenia;</p> <p>Etiologia da Síndrome de Abstinência Neonatal (SAN) e SAI;</p> <p>Factores de risco para a ocorrência de SAI;</p> <p>Escalas de avaliação da SAN e SAI;</p> <p>Intervenções preventivas à criança em risco de desenvolvimento da SAI;</p> <p>Intervenções de tratamento e acompanhamento à criança SAI.</p>		
Destinatários	Médicos e Enfermeiros de ambas as Unidades		
Equipa Pedagógica	Enf.º Carlos Alberto de Melo da Silva Monteiro		
Coordenação			
Método(s)/Meio(s) Pedagógicos	Apresentação em Powerpoint; Apresentação de Casos Clínicos; Discussão entre pares		
Tipo de Avaliação (Quantitativa ou Qualitativa)	Qualitativa		
Data(s)			
Horário		Duração (min)	45
Local			

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Designação: A Criança com Síndrome de Abstinência Iatrogénica: identificação, avaliação e intervenção

Período de realização: Data

Duração 45m

Formador: Carlos Alberto Monteiro

Agradecia que avaliasse esta sessão de formação em relação aos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 5 valores, correspondendo o valor 1 a “inadequado” e 5 a “extremamente adequado”, marcando o valor correspondente com um “O”

A. Conteúdos Programáticos e Métodos

1. Conteúdos da ação de formação	1	2	3	4	5
2. Estrutura dos conteúdos	1	2	3	4	5
3. Interesse/utilidade dos conteúdos	1	2	3	4	5
4. Adequação dos métodos utilizados ao tema tratado	1	2	3	4	5
5. Equilíbrio entre a exposição teórica/prática	1	2	3	4	5
6. Duração da sessão de formação	1	2	3	4	5

B. Formador

1. Domínio e clareza na exposição das matérias tratadas	1	2	3	4	5
2. Estímulos à participação das/os formandas/os na sessão	1	2	3	4	5
3. Relacionamento com as/os formandas/os	1	2	3	4	5
4. Capacidade de motivar para as matérias lecionadas	1	2	3	4	5
5. Documentação e bibliografia suficiente e adequada	1	2	3	4	5
6. Pontualidade/cumprimento do horário da sessão	1	2	3	4	5

C. Organização

1. Qualidade e adequação das instalações e equipamentos	1	2	3	4	5
2. Condições físicas	1	2	3	4	5
3. Organização administrativa	1	2	3	4	5
4. Horário da sessão	1	2	3	4	5

D. Avaliação global da sessão de formação

1. Concretização dos objetivos propostos	1	2	3	4	5
2. Esta sessão permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos	1	2	3	4	5
3. As matérias foram tratadas de modo adequado ao seu nível de conhecimento	1	2	3	4	5
4. Recomendaria esta sessão de formação a amigos/colegas	1	2	3	4	5

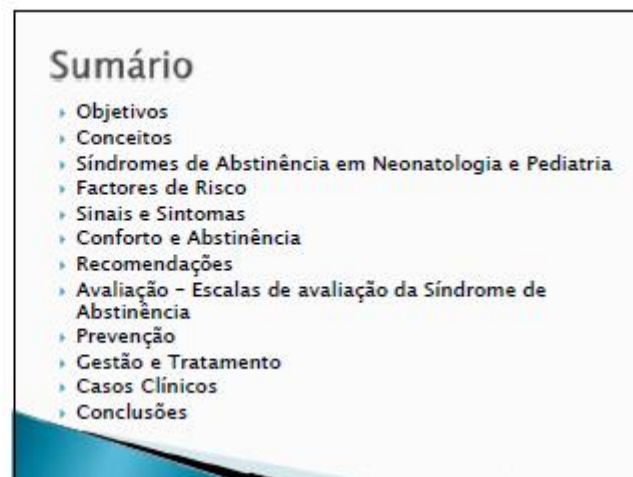
E. Comentários/Sugestões:

Muito Obrigado

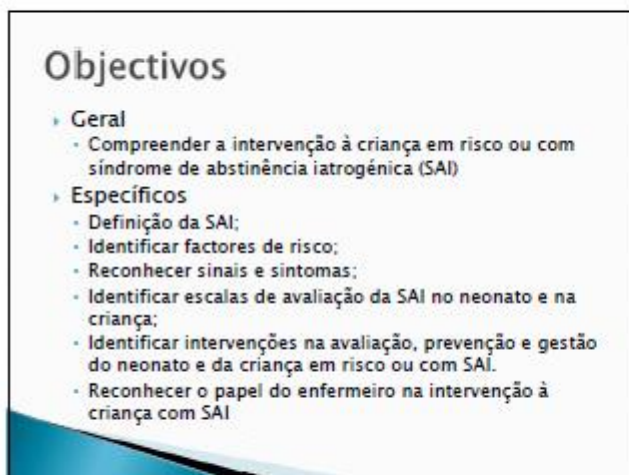
**APÊNDICE XIII – APRESENTAÇÃO REALIZADA NAS SESSÕES DE
INFORMAÇÃO/FORMAÇÃO EM UCIN E UCIP**



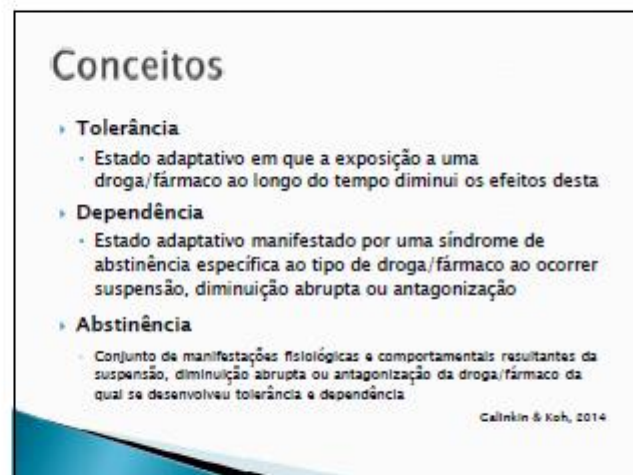
1



2



3



4



5



6

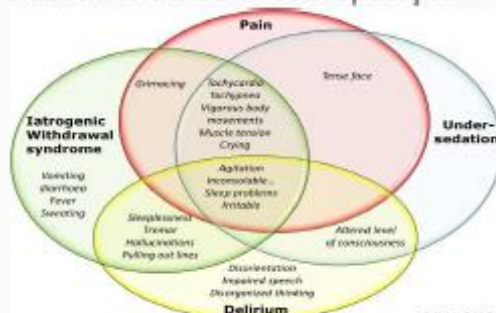
Sinais e Sintomas

Intoxicação do Sistema Nervoso Central	Difusão Gastrointestinal	Difusão Sistema Nervoso Autônomo
<ul style="list-style-type: none"> - Agitação - Ansiedade - Distúrbios motores (espasmos, descoordenação) - Tremores - Choro Inconsolável - Choro "gritado" - Sêgar - Alteração do padrão de sono - Convulsões - Midríase - Alucinações 	<ul style="list-style-type: none"> - Vômitos - Diarreia - Resíduos gástricos elevados - Falta de apetite, "enfartamento" 	<ul style="list-style-type: none"> - Taquicardia - Taquipneia - Hipertensão - Febre - Suores - Espirros - "Bocajar" - Pele Marmorada

(1998)

7

Representação esquemática de sintomas de abstinência e sua sobreposição



07-50 449 2700 1993

Wardle et al. 2001

8

Conforto e Abstinência

- O conforto resulta da satisfação ativa, passiva ou colaborativa das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade ou transcendência, que surgem de situações de saúde geradoras de stress.

Kolcaba (1994)

- As crianças hospitalizadas em cuidados intensivos são frequentemente sujeitas a analgesia e sedação por forma a diminuir a dor e a ansiedade, promovendo o conforto.
- Os sintomas de abstinência provocam desconforto e devem ser evitados ou minimizados, podendo conduzir à ocorrência de outros eventos adversos, sendo a gestão do nível de sedoanalgesia ótima uma intervenção promotora do conforto.

Harris et al. (2016)

- O enfermeiro desempenha um papel fundamental na identificação destes estados e pode desempenhar um papel importante na sua gestão.

Ista (2005)

9

Recomendações

GUIDELINES

Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals

Harris et al. (2016)



Consenso Clinico

"RN de mãe toxicodependente"

Serrano, Mendes & Nepriła (2016)

^a Economic Services, Southern California Gas Company, Irvine, California, CA.

10

Avaliação

- ▶ Considerar a criança em risco de SAI após 5 dias de infusão contínua de opióides ou benzodiazepinas;
- ▶ Excluir outras causas para os sintomas (dor, desconforto, stress);
- ▶ Utilização de instrumento normalizado e validado (Escala) de observação, e registo dos *scores* nos intervalos de tempo definidos.

Harris et al. (2016)

11

Escalas Validadas para Neonatologia e Pediatria

Table 4 Commonly used validated tools for assessment of withdrawal syndrome in neonates, infants and critically ill children

[illegible]

Harris et al. (2015) rev. 1

12

Avaliação UCIPed



13

Prevenção

- Quantidade mínima eficaz de analgésicos ou sedativos (conforto e sedação consciente);
- Revisão diária das doses de fármacos;
- Identificar factores de risco;
- Elaboração e implementação de plano de desmame;
- Diminuição de 10 a 20% da dose inicial a cada 24h;
- Substituição de fármacos EV por equivalentes entéricos.

Calinkin & Koh (2014); Harris et al. (2016); Ista et al. (2000)

14

Gestão e Tratamento

- Scores de Finnegan ≥ 8 , SOS ≥ 4 ou WAT-1 ≥ 3 são sugestivos de SAI
- Medidas não farmacológicas
 - Contenção e posicionamento;
 - Objecto de conforto (chucha, polvo, boneco, manta);
 - Diminuição da estimulação ambiental (luz, som);
 - Manutenção de normotermia;
 - Alimentação entérica regular e com tolerância;
 - Balanço hídrico equilibrado;
 - Presença e envolvimento familiar;
 - Informação sobre sintomas, evolução e tratamento implementado à criança e família;

Calinkin & Koh (2014); Harris et al. (2016); Ista et al. (2000)

15

Gestão e Tratamento

- Medidas Farmacológicas
 - Ajustamento do plano de desmame;
 - Diminuir fármaco em 5 a 10% da dose inicial em intervalos de 24 a 48h;
 - Utilização de doses de resgate;
 - Alternância da redução de fármacos;
 - Utilização de fármacos adjuvantes (hidrato de cloral, diazepam, clonidina, dexmedetomidina, metadona).

Calinkin & Koh (2014); Harris et al. (2016); Ista et al. (2000)

16

Gestão e Tratamento UCIPed

- Administrar Metadona PO 0,3 mg/kg, cada 6h (severamente);
- Administrar Diazepam PO 0,1 mg/kg, cada 6h (alternando com a Metadona);
- Após a 2ª dose de Metadona, iniciar o desmame da perfusão de sedo-analgésico 20% cada 12h, até suspender em 1 dia (se duração da perfusão prévia entre 5-6 dias), ou 10% cada 12h, até suspender em 5 dias (se perfusão prévia > 6 dias);
- Monitorização de SAI mediante aplicação de escala validada para crianças: Finnegan (0-23 pontos) SOS-5 ou WAT-1 (0-3);
- Se o parâmetro de clínica compatível com SAI, suspender a dose de tratamento substitutivo gradualmente até suspensão de resposta: Metadona até 0,3-0,4 mg/kg, cada 6h e Diazepam até 0,2-0,3 mg/kg, cada 6h;
- Clonidina, administrada no esquema de 0,2-0,3 mg/kg, cada 6h, até 4-5 mg/kg;
- Se, apesar do tratamento, não houver resposta, ou houver agravamento de quadro, reduzir mais lentamente as perfusões: 10% cada 12/24h (se perfusão prévia < 5 dias) e 5% cada 12/24h (se perfusão prévia > 5 dias);
- Parar perfusão de Metadona 2-10 mg/kg/24h IV;
- Parar perfusão de Dexmedetomidina 0,1-0,4 mg/kg/24h IV;
- Se presença de agitação/ansiedade, administrar 0,01-0,02 mg/kg/24h PO (0,25mg cada 12h = 5 mg/kg cada 24h > 5 mg/kg);
- Se ausência de SAI durante o desmame, após 18-48 horas da perfusão, iniciar o desmame de Metadona/Benzodiazepinas: 20-30%/dia (se não agitação/ansiedade, iniciar o desmame de Metadona/Benzodiazepinas mais lentamente e apenas quando o SAI estiver controlado [0-4h] após se encontrar a dose de redução de 20%/dia);
- Se tempo de sono SAI < 10h durante o desmame de Metadona/Benzodiazepinas, aumentar a dose de analgésico de desmame e reduzir a dose de desmame mais tarde.

17

Caso Clínico 1

- RN 40s com atresia do esófago, corrigida em D4
- Inicia Fentanil para gestão da dor por procedimentos dolorosos e promotores da ansiedade/desconforto (VM, DT)
- D46 equipa médica decide diminuir ritmo de infusão de Fentanil (6600mcg em 42 dias).
- D47 RN apresenta quadro sugestivo de SAI
 - Agitação marcada;
 - Difícil de consolar;
 - Sudorese;
 - Tremores;
 - Sucção excessiva;
 - Tónus aumentado.

18

Caso Clínico 1

- Tratamento farmacológico implementado
 - Avaliações pela escala de Finnegan
 - Morfina oral 0.15mg em SOS D47 -> fixa de 4/4h nesse dia
 - Desmame de Fentanil 10% diário
 - Dose Morfina D48 0.3mg -> aumento diário de 50%
 - Scores de Finnegan: >10 D47-D50; <8 D51-D54
- D54 transferido para a enfermaria para continuação de cuidados (Fentanil suspenso; Morfina oral 0,6mg 4/4h; Peso: 3430g)
 - Que intervenções de enfermagem planejar e implementar?
 - Quais são as suas preocupações?

19

Caso Clínico 1

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físicas	Dor Choro Tremores Suores Desidratação	Chuchar Morfina Alimentação Hidratação Normotermia	Melhor estado de autoregulação Chuchar Objeto conforto
Psicofísicas	Ansiedade Agitação	Criar rotinas Diminuir estimulação Agregar manipulações	Autoconsolo
Ambiental	Ruído Luz Diversas manipulações	Contenção Limites físicos Diminuir ruído e luz	Ambiente calmo Abstração pelo envolvente
Sócio-familiar	Dificuldade em consolar Separação parental	Presença parental Envolvimento parental	Reforço positivo Esperança realista

Boas práticas

- Minimizar o impacto negativo dos stressores
- Optimização da adaptação
- Cuidados antecipatórios
- Envolvimento parental/familiar
- Identificação de alterações e referenciação
- Fomentar a parentalidade

Ordem dos Enfermeiros (2015)

20

Caso Clínico 2

- Criança de 2A com Insuficiência Respiratória Aguda por pneumonia com empiema à esquerda.
- Com Morfina (Mf) e Midazolam (Mz) desde D1 para gestão da dor/desconforto por procedimentos dolorosos e promotores da ansiedade (VM, DT); Inicia dexmedetomidina (Dd) a D10.
- D16 extubação com redução de sedoanalgesia: Mf 13>11mcg/Kg/h; Mz 2.2>1mcg/Kg/min; Dd 0.38>0.31mcg/Kg/h. Doses totais: Mf 117mg; Mz 1370mg.
- 8h após redução de sedoanalgesia inicia manifestação de sintomas sugestivos de SAI:
 - Agitação marcada, difícil de consolar;
 - Tremores e movimentos estereotipados;
 - Febre;
 - Taquicardia e hipertensão;
 - Depósitos alimentares e dejeções líquidas.

21

Caso Clínico 2

- Gestão e Tratamento implementado
 - Sem utilização de escala de abstinência (avaliação subjetiva);
 - D16 e D17 Aumento Mf, Mz e Dd;
 - D20 Redução Mf 10%/dia; D26 Redução Mz 10%/dia; D21 e D26 redução de Dd 20% e 10%;
 - Paracetamol -> administração não consistente.
- D36 mantém-se na UCIPed em ventilação espontânea, com tremores, discinésia, movimentos descoordenados, períodos de midríase, sem sedoanalgesia EV ()
 - Quais são as suas preocupações?
 - Que intervenções de enfermagem planejar e implementar?

22

Caso Clínico 2

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físicas	Dor Tremores Febre	Analgesia Alimentação Hidratação Normotermia	Melhor estado de autoregulação Objeto conforto
Psicofísicas	Ansiedade Agitação	Criar rotinas Diminuir estimulação Agregar manipulações	Autoconsolo
Ambiental	Ruído Luz Diversas manipulações	Posicionamento frequente Limites físicos Diminuir ruído e luz	Ambiente calmo Abstração pelo envolvente
Sócio-familiar	Dificuldade em consolar Separação parental	Presença parental Envolvimento parental	Reforço positivo Esperança realista

Boas práticas

- Minimizar o impacto negativo dos stressores
- Optimização da adaptação
- Cuidados antecipatórios
- Envolvimento parental/familiar
- Identificação de alterações e referenciação
- Fomentar a parentalidade

Ordem dos Enfermeiros (2015)

23

Conclusões

- A SAI ocorre por suspensão ou diminuição de um fármaco de que se está dependente;
- Está relacionada com eventos adversos;
- Factores de risco: duração da utilização e dose total de fármacos;
- Os sinais e sintomas são reflexo de irritabilidade do sistema nervoso central, do sistema gastrointestinal e disfunção do sistema nervoso autónomo;

24

Conclusões

- Avaliação dificultada por ser facilmente confundível com dor, ansiedade, delírio ou desconforto;
- Escalas validadas para a neonatologia: NAS/Finnegan e NWI;
- Escalas validadas para a pediatria: SWS, OBWS, WAT-1 e SOS;
- O melhor tratamento é a prevenção;
- Medidas preventivas: Sedoanalgesia mínima necessária, identificação de crianças em risco e avaliação da sintomatologia;
- Iniciar tratamento com medidas não farmacológicas;
- A intervenção multidisciplinar e a parceria de cuidados são fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados à criança e família.

25

Referências

- Berk, K. M., Soulesta, J. L., & Curley, M. A. Q. (2015). Risk Factors Associated With Iatrogenic Opioid and Benzodiazepine Withdrawal in Critically Ill Pediatric Patients. *Pediatric Critical Care Medicine*, 18(2), 175-183. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000000106>
- French, L. S., Harris, E. K., Soetenga, D. J., Ameling, J. K., & Curley, M. A. Q. (2008). The Withdrawal Assessment Tool-1 (WAT-1): An assessment instrument for monitoring opioid and benzodiazepine withdrawal symptoms in pediatric patients. *Pediatric Critical Care Medicine*, 9(5), 573-580. <https://doi.org/10.1097/PCC.0b013e31818168328>
- Calmkis, J., & Koh, J. L. (2014). Recognition and Management of Iatrogenically Induced Opioid Dependence and Withdrawal in Children. *Pediatrics*, 134(1), 155-159. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3398>
- Harris, J., Ramelot, A.-S., van Dijk, M., Pokorna, P., Willems, J., Tume, L., ... Ista, E. (2016). Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals. *Intensive Care Medicine*, 42(5), 972-986. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4344-1>
- http://familynursing.ucsf.edu/sites/familynursing.ucsf.edu/files/ivytepa/WAT-1%20Portuguese_2.pdf
- Ista, E., van Dijk, M., Camel, C., Tibboel, D., & de Hoog, M. (2008). Withdrawal symptoms in critically ill children after long-term administration of sedatives and/or analgesics: A first evaluation. *Critical Care Medicine*, 36(5), 2427-2435. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181816006>
- Jones, H. E., & Ralder, A. (2015). Neonatal abstinence syndrome: Historical perspective, current focus, future directions. *Preventive Medicine*, 80, 15-17. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.07.017>
- Fomar, E. C., Finnegan, L. P., Devlin, L., Sada, H., Concha, V. A., Ikonis, K. T., & Westgate, P. M. (2017). Simplification of the Finnegan Neonatal Abstinence Scoring System: Retrospective study of two institutions in the USA. *BMJ Open*, 7(9), 1-6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016176>

26



27

Muito Obrigado

- » Cuidados à criança com síndrome de abstinência iatrogénica

28

**APÊNDICE XIV – TABELA DE RESUMO DAS AVALIAÇÕES DAS
SESSÕES DE INFORMAÇÃO/FORMAÇÃO**

Resumo das respostas ao questionário de avaliação da Sessão de Informação/Formação

	UCIN	UCIP	TOTAL
Nº de participantes nas sessões de informação	11	18	29
Nº de respostas aos questionários	9	15	24
Taxa de respostas	82%	83%	83%

	Media UCIN	Media UCIP	Media UCI
Conteúdos Programáticos e Métodos			
1. Conteúdos da ação de formação	4.8	4.9	4.8
2. Estrutura dos conteúdos	4.5	4.8	4.7
3. Interesse/utilidade dos conteúdos	5.0	5.0	5.0
4. Adequação dos métodos utilizados ao tema tratado	4.5	4.7	4.6
5. Equilíbrio entre a exposição teórica/prática	4.4	4.5	4.5
6. Duração da sessão de formação	4.4	4.7	4.5
Formador			
1. Domínio e clareza na exposição das matérias tratadas	4.9	4.9	4.9
2. Estímulos à participação das/os formandas/os na sessão	4.6	4.7	4.6
3. Relacionamento com as/os formandas/os	4.8	4.9	4.8
4. Capacidade de motivar para as matérias lecionadas	4.7	4.7	4.7
5. Documentação e bibliografia suficiente e adequada	4.8	4.7	4.7
6. Pontualidade/cumprimento do horário da sessão	4.8	4.9	4.8
Organização			
1. Qualidade e adequação das instalações e equipamentos	3.6	4.3	3.9
2. Condições físicas	3.4	4.2	3.8
3. Organização administrativa	4.3	4.3	4.3
4. Horário da sessão	4.5	4.2	4.4
Avaliação global da sessão de formação			
1. Concretização dos objetivos propostos	4.8	4.9	4.8
2. Esta sessão permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos	4.8	4.7	4.7
3. As matérias foram tratadas de modo adequado ao seu nível de conhecimento	4.8	4.9	4.8
6. Recomendaria esta sessão de formação a amigos/colegas	5.0	4.9	4.9
Media Global	4.6	4.7	4.6

**APÊNDICE XV – PROMOÇÃO DO CONFORTO A CRIANÇAS COM
SAI E SUA FAMÍLIA (ARTIGOS)**

Gestão da Síndrome de Abstinência Iatrogénica no Cuidado à Criança e Jovem: Uma reflexão sobre as práticas

Resumo

Introdução: A admissão da criança e/ou jovem em Unidades de Cuidados Intensivos é marcante para a criança e família podendo ocorrer trauma físico e psicológico. As intervenções de enfermagem suportadas na filosofia dos cuidados centrados na família e nos cuidados não traumáticos visam minimizar estes traumas. De igual modo, estratégias não farmacológicas e farmacológicas são usadas para minimizar os efeitos da dor e desconforto. Verifica-se um aumento na incidência da síndrome de abstinência iatrogénica pelo uso prolongado de sedoanalgesia, associada a desconforto para a criança e seus pais, e refletindo-se nos cuidados de enfermagem.

Objetivo: Refletir sobre as práticas de cuidados à criança e jovem com síndrome de abstinência iatrogénica e suas famílias com suporte na evidência científica sobre estratégias de gestão desta síndrome.

Método: Procedeu-se a uma pesquisa sobre a temática nas bases de dados PUBMED® e EBSCO®, por artigos de revisão que contivessem os termos de indexação “*iatrogenic withdrawal syndrome*”, “*pediatric*”, “*management*”, “*strategies*” e “*assessment*”. Dos 37 artigos identificados analisaram-se 7 que reportavam às estratégias de gestão da síndrome, que associados à teoria de conforto de Kolcaba serviram de suporte teórico à reflexão.

Resultados: Identificaram-se recomendações de estratégias não-farmacológicas (contenção, posicionamento, envolvimento parental) e farmacológicas (alternância de fármacos, uso de adjuvantes e de equivalentes entéricos) na literatura com melhoria dos cuidados prestados. Contudo, a adesão e aplicação destas não é consistente dificultando a análise da sua eficácia e impacto na qualidade dos cuidados.

Implicações para a prática: As recomendações identificadas aparentam melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Assim, recomenda-se a sua adoção e aplicação diminuindo a variabilidade das práticas, e identificar necessidades de informação sobre a gestão da síndrome, promovendo a adesão e consistência da sua aplicação, melhorando a comunicação e tomada de decisão fundamentada.

Palavras chave: síndrome abstinência iatrogénica; estratégias de gestão; enfermagem pediátrica, qualidade de cuidados.

Introdução

O tratamento da criança e/ou jovem em estado crítico é realizado em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e configura um evento marcante para a criança e para os seus pais, cuidadores e família, podendo causar trauma físico e psicológico decorrente das experiências dolorosas e sofrimentos associadas aos procedimentos e ao *stress* da exposição ao ambiente da UCI (Harris et al., 2016; Ista, 2008).

O controlo da dor é uma prioridade, em especial na criança gravemente doente, sabendo-se que uma analgesia apropriada reduz a resposta ao *stress* e melhora o prognóstico clínico da criança (Anand et al., 2010). A exposição frequente da criança e jovem a procedimentos, intervenções e manipulações num ambiente ruidoso como a UCI são outros fatores de ansiedade, *stress* e trauma que afetam a sua recuperação (Ista, 2008; Neunhoeffter et al., 2015).

Por forma a minimizar estes efeitos adversos dos cuidados de saúde e do contexto da UCI, é frequente a utilização de medidas não farmacológicas como a agregação de cuidados, a diminuição da luz e ruído, e a contenção entre outros e, muito frequentemente, o recurso a sedoanalgesia como estratégia farmacológica, não existindo, contudo, consenso universal quanto ao fármaco, via de administração ou dose a administrar, sendo os fármacos mais utilizados os opióides (morfina e fentanil) e as benzodiazepinas (midazolam e diazepam) (Ávila-Alzatea et al., 2020).

As doses de analgésico e sedativo utilizadas para a obtenção dum estado ótimo de conforto são muito variáveis devido a uma diferente farmacodinâmica na criança comparativamente ao adulto (Ista, 2008). A determinação do estado de conforto e da necessidade de ajustamento dos fármacos cabe muitas vezes aos profissionais, em especial nas crianças pré-verbais ou sujeitas a sedação que não são capazes de se autoavaliar, sendo especialmente preponderante a intervenção do enfermeiro pela sua presença junto da criança, na determinação do seu estado de conforto e ajustamentos necessários (Harris et al., 2016; Ista, 2008; Neunhoeffter et al., 2015).

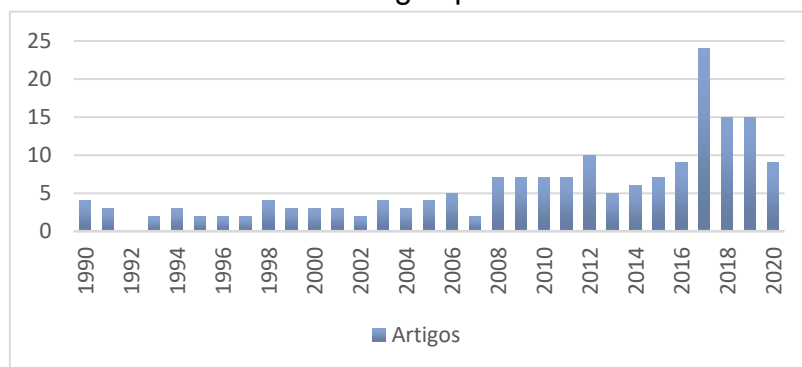
Na procura desse estado de conforto podem ocorrer casos de sobre-sedação ou utilização prolongada, ambos associados à ocorrência de eventos adversos envolvendo instabilidade hemodinâmica, prolongamento do internamento e da ventilação mecânica e desenvolvimento de delírio ou da síndrome de abstinência

iatrogénica (SAI) (Ávila-Alzatea et al., 2020; Harris et al., 2016) esta última abordada em seguida em maior detalhe.

Harris et al. (2016) apontam para prevalências de SAI em crianças internadas na UCI de 9 a 57% para situações em que se usam os opióides e de 35 a 57% para o uso simultâneo destes com benzodiazepinas, estando a SAI relacionada com o aumento das complicações clínicas e com o prolongamento do internamento (Amigoni et al., 2017; Ávila-Alzatea et al., 2020), podendo considerar-se um evento adverso relacionado com a sedoanalgesia, e relacionada com a ocorrência de outros eventos adversos.

É também um fator adicional de desconforto para a criança e seus pais, mas que pode ser prevenida ou minimizada, configurando um critério de qualidade na prestação de cuidados (Best, Boullata, & Curley, 2015; Harris et al., 2016), razão de uma preocupação e exigência crescente de aplicação de estratégias de gestão da SAI nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), traduzida na produção científica sobre a temática (Cf. Gráfico 1).

Gráfico 1: Artigos publicados sobre SAI



Fonte: PUBMED®

Anand et al. (2010) definem a SAI como um conjunto de manifestações (sinais e sintomas) que ocorre após a suspensão ou reversão de um fármaco a que se foi previamente exposto e ao qual se desenvolveu uma dependência física, apresentando manifestações específicas ao fármaco de que se é dependente, dividindo-se em três grupos por sistema afetado (Cf. Tabela 1).

Tabela 5: Sinais e sintomas de SAI por sistema afetado

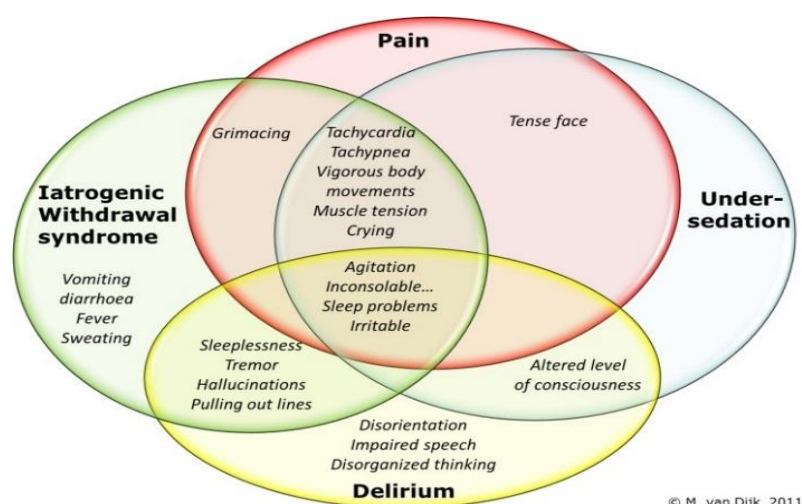
Irritabilidade do Sistema Nervoso Central	Disfunção Gastrointestinal	Disfunção do Sistema Nervoso Autônomo
<ul style="list-style-type: none">• Agitação• Ansiedade• Distúrbios motores (espasmos)• Tremores• Choro inconsolável• Choro “gritado”• Esgar• Alteração do padrão de sono• Convulsões• Midríase• Alucinações	<ul style="list-style-type: none">• Vômitos• Diarreia• Resíduos gástricos elevados• Falta de apetite/“enfartamento”	<ul style="list-style-type: none">• Taquicardia• Taquipneia• Hipertensão• Febre• Suores• Espirros• “Bocejar”• Pele Marmoreada

Fonte: Amigoni et al. (2017 e Ista (2008)

Procurando identificar fatores de risco, Best et al. (2015) identificaram como fatores de risco mais preponderantes à ocorrência de SAI o uso prolongado de analgésicos ou sedativos e a sua dose cumulativa, acrescentando Duceppe et al. (2019) que poderia ocorrer a partir do terceiro dia de administração contínua destes fármacos.

No entanto, Ávila-Alzatea et al. (2020) apontam dificuldades em identificar e reportar a ocorrência da SAI fruto de práticas não uniformes e dificuldade diagnóstica pela apresentação de sintomatologia sobreponível a outras etiologias (Figura 1), devendo o diagnóstico ser realizado por exclusão de outras causas (Galinkin & Koh, 2014; Harris et al., 2016; Ista, 2008).

Figura 1: Esquema de sobreposição da sintomatologia



Fonte: Harris et al. (2016, p. 974)

Com o intuito de normalizar a observação e avaliação do estado de conforto da criança, uma vez que a avaliação desta síndrome tem uma componente subjetiva que condiciona a uniformidade da identificação e avaliação, elaboraram-se recomendações internacionais relativamente à sedação e analgesia em pediatria, incluindo a utilização de escalas validadas para avaliação das manifestações da SAI (Galinkin & Koh, 2014; Harris et al., 2016), recomendando-se a utilização nas crianças e jovens da escala *Withdrawal Assessment Tool* (WAT-1) ou da *Sophia Observation withdrawal Symptoms-scale and Delirium* (SOS-PD) (Harris et al., 2016), e em neonatos com síndrome de abstinência neonatal e SAI a *Finnegan Neonatal Abstinence Scoring Score* (FNASS) (Harris et al., 2016).

Perante estes factos, é fundamental a correta identificação de neonatos, crianças ou jovens em risco de desenvolvimento de SAI avaliando a existência de fatores predisponentes, assim como a utilização de instrumentos para a sua medição e avaliação permitindo implementar estratégias de prevenção, eliminação ou minimização dos sintomas, evitando o sofrimento da criança e seus pais, a ocorrência de eventos adversos adicionais e aumentando a satisfação com os cuidados.

Assim, o objetivo deste trabalho foi refletir sobre as práticas de cuidados à criança e jovem com síndrome de abstinência iatrogénica e suas famílias tendo como suporte a evidencia científica sobre estratégias de gestão desta síndrome.

Método

Procedeu-se a uma pesquisa nas bases de dados PUBMED® e EBSCO® por artigos de revisão (de literatura ou sistemática) que contivessem os termos “*iatrogenic withdrawal syndrome*” e “*pediatric*” e “*management*” ou “*strategies*” ou “*assessment*”. Dos 41 artigos encontrados excluíram-se artigos anteriores a 2010 e que não fossem escritos em português ou inglês, restando 37 elegíveis.

Procedeu-se a uma leitura do resumo procurando identificar os que abordavam estratégias de gestão da SAI ou recomendações de estratégias ou práticas de gestão, e posteriormente referências adicionais nesses artigos, o que levou a uma redução para 7 artigos que especificamente reportavam às estratégias de gestão da SAI. Os resultados destes artigos associados à teoria de Kolcaba, foram o suporte teórico da reflexão sobre as práticas.

Resultados

Passa-se a apresentar os resultados da leitura dos 7 artigos que incluem recomendações e identificação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, sendo que um deles aborda as intervenções de enfermagem em neonatologia a neonatos com Síndrome de Abstinência Neonatal (SAN) (Cf. Tabela 2), associando-se ao longo do texto as recomendações e estratégias à teoria do conforto de Kolcaba.

Tabela 6: Artigos selecionados sobre estratégias de gestão na SAI

Autores (Ano)	Tipo de Artigo	Tópico
<i>Anand et al. (2010)</i>	Revisão da Literatura	Tolerância e abstinência a opióides
<i>Ávila-Alzatea et al. (2020)</i>	Revisão Sistemática	Avaliação e tratamento da síndrome de abstinência
<i>Fenn & Plake (2017)</i>	Revisão Sistemática	Desmame de opióides e benzodiazepinas
<i>Galinkin & Koh (2014)</i>	Revisão da Literatura Recomendação	Reconhecimento e gestão da síndrome de abstinência

<i>Harris et al. (2016)</i>	Revisão da Literatura Recomendação	Recomendações para a avaliação da dor, sedação, abstinência e delírio
<i>MacMullen, Dulski, & Blobaum (2014)</i>	Revisão Sistemática	Intervenções na Síndrome de Abstinência Neonatal
<i>Vet, Kleiber, Ista, de Hoog, & de Wildt (2016)</i>	Revisão teórica	Sedação em crianças criticamente doentes

Das estratégias de gestão da SAI encontradas nos artigos selecionados elaborou-se uma tabela de estratégias farmacológicas e não farmacológicas (Cf. Tabela 3), não exaustiva relativamente às estratégias farmacológicas em particular, mas contendo as mais frequentemente recomendadas ou apontadas como relevantes pelos autores.

Tabela 7: Estratégias de intervenção na SAI

<i>Estratégias Farmacológicas</i>	<i>Estratégias Não Farmacológicas</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Redução alternada de fármacos • Ajuste da redução da dose e da frequência de redução (10%->5%; 12/12h->1x dia) • Utilização de equivalentes orais (metadona, morfina, diazepam) • Utilização de adjuvantes (cetamina, clonidina, dexmedetomidina, hidrato de cloral, lorazepam) • Rotação de fármacos 	<ul style="list-style-type: none"> • Contenção e posicionamento • Utilização de objeto de conforto (chucha, polvo, boneco, manta) • Sucção não nutritiva • Diminuição do estímulo ambiental (ruído, luz) • Agregação de cuidados/procedimentos • Massagem e relaxamento • Manutenção da normotermia • Alimentação regular • Balanço hídrico equilibrado • Presença e envolvimento familiar • Comunicação e orientação espaço-temporal • Padrão de sono organizado

Análise das práticas à “Luz da Teoria”

Kolcaba criou a teoria do conforto assumindo como pressupostos que os seres humanos procuram satisfazer as suas necessidades básicas de conforto, que as suas respostas a estímulos complexos são holísticas e que o conforto é um resultado

holístico desejado, definindo o conforto como uma “satisfação ativa, passiva ou colaborativa das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade ou transcendência” (Kolcaba, 1994, p. 1178) tendo os cuidados de enfermagem o objetivo de obter um estado de conforto aumentado.

Para além das necessidades identificadas por Kolcaba e que configuram três estados (alívio, tranquilidade e transcendência) identificou igualmente quatro contextos em que estes estados ocorrem: físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiente, obtendo-se da sobreposição dos estados e dos contextos uma matriz de necessidades da pessoa e uma representação holística da sua individualidade (Kolcaba, 1994), podendo assim implementar-se intervenções de enfermagem promotoras do conforto.

Importa agora identificar e clarificar os contributos encontrados na evidência científica relativamente às estratégias de gestão da criança com SAI recomendadas e sua relação com as intervenções de enfermagem à luz da teoria de Kolcaba.

O artigo de Anand et al. (2010) aborda a questão da SAI a opióides não incluindo benzodiazepinas na sua análise. Embora o mais antigo foi frequentemente citado na literatura, apontando diversas estratégias de gestão farmacológica da SAI incluindo a utilização de escalas e concluindo com recomendações para a prática como ajustar a dose de fármaco à intensidade e frequência da dor obtendo a menor dose eficaz, utilização de escalas validadas, desmame gradual do fármaco, gestão do ambiente e cuidados de enfermagem, utilização de adjuvantes e rotação de fármacos.

Embora seja mencionado a gestão do ambiente e os cuidados de enfermagem como recomendações, estas não são abordadas em detalhe como as estratégias farmacológicas ao longo do artigo. No entanto, de acordo com a teoria de Kolcaba (Kolcaba, 1994) a gestão do ambiente é um cuidado promotor do conforto que pode contribuir para a obtenção de um estado de conforto aumentado, e deveria assim, ser reconhecido como igualmente importante na gestão da sintomatologia da SAI.

Dos restantes artigos obtidos há a ressaltar a existência de três revisões sistemáticas (Ávila-Alzate et al., 2020; Fenn & Plake, 2017; MacMullen et al., 2014) e duas revisões da literatura com recomendações de boas práticas (Galinkin & Koh, 2014; Harris et al., 2016), documentos que foram utilizados como base para a identificação de estratégias de gestão da SAI.

Ávila-Alzatea et al. (2020) e Fenn & Plake (2017) apresentam fundamentação acerca da utilização de escalas e de estratégias farmacológicas na sua revisão não abordando intervenções não farmacológicas, indo de encontro ao apresentado por Anand et al. (2010) e revendo as recomendações destes à luz da evidência mais atual.

Galinkin & Koh (2014) apresentam igualmente fundamentação acerca da utilização de estratégias farmacológicas, a utilização de planos de desmame e seu ajustamento, mencionando a eventual utilidade de estratégias comportamentais. Também neste sentido argumentam Harris et al. (2016) adicionando a necessidade de intervenções não farmacológicas para a gestão da analgesia e sedação evitando assim o desenvolvimento da SAI.

Estes artigos são representativos duma valorização das estratégias farmacológicas e do seu impacto na ocorrência e gestão da SAI na criança, sendo, contudo, pouco detalhadas em relação ao impacto das estratégias não farmacológicas nas crianças com SAI e sua família. Por confrontação com esta realidade e com a parca evidência a nível da pediatria procurou-se identificar uma fonte que abordasse estratégias de gestão da abstinência a nível de enfermagem, encontrando-se na neonatologia um artigo de MacMullen et al. (2014) com um conjunto de estratégias não farmacológicas mas aplicadas à SAN, situação clínica de etiologia diferente da SAI, mas eventualmente passível de transposição das estratégias para a intervenção na SAI.

Identificam os autores como estratégias não farmacológicas as intervenções de suporte, também descritas como intervenções promotoras do conforto, a nutrição, o cuidado à pele e o aleitamento materno, relevando também a importância do enfermeiro na identificação de crianças em risco e com sintomatologia sugestiva de SAN, na comunicação com a mãe, pai e família, na promoção da relação do neonato e mãe (vinculação) e promoção do sono (MacMullen et al., 2014).

Estas estratégias são, segundo Kolcaba, promotoras do conforto e dão resposta a necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência em diversos contextos, contribuindo assim para um conforto holístico e um estado de conforto aumentado, objetivo último das intervenções de enfermagem.

Vet et al. (2016) suportam igualmente a aplicação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, tendo elaborado uma lista ordenada de recomendações para

clínicos em que colocam as estratégias não farmacológicas em segundo lugar, após a apreciação/avaliação e antes das estratégias farmacológicas, argumentando, à semelhança de MacMullen et al. (2014), que face ao conhecimento atual estas estratégias seriam aplicáveis a crianças e jovens.

Destes artigos ressalta a importância atribuída à gestão farmacológica da SAI, muito embora comece a ser reconhecida a importância das estratégias não farmacológicas nos cuidados à criança com SAI. Ao abordar estas recomendações utilizando a matriz do conforto de Kolcaba, identifica-se que as estratégias farmacológicas procuram dar resposta às necessidades de alívio e tranquilidade no contexto físico. Contudo, as estratégias não farmacológicas abordam outros contextos como o sociocultural e ambiental, contribuindo deste modo para uma intervenção holística à criança.

Sendo objetivo da enfermagem a prestação de cuidados holísticos, e à luz da teoria de Kolcaba o objetivo das intervenções de enfermagem a obtenção de um estado de conforto holístico aumentado, decorre que as intervenções de enfermagem promotoras do conforto deverão conter intervenções farmacológicas e não farmacológicas respondendo de forma holística às necessidades de conforto da criança com SAI e sua família.

Deste modo, as intervenções de enfermagem, detendo componentes não farmacológicas e farmacológicas, estão em total consonância com as diversas recomendações apresentadas, colocando em destaque o papel do enfermeiro enquanto gestor de cuidados ao neonato, criança ou jovem com esta síndrome e sua família. A intervenção do enfermeiro na SAI, atendendo às estratégias apresentadas, enquadra-se numa filosofia de cuidados não traumáticos, definidos por Hockenberry e Barrera (2018) como fornecimento de “cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares” (p.11).

Pela complexidade da intervenção ao neonato, criança e jovem com SAI, associada ao elevado número de fatores intervenientes como apresentado atrás, caberá ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) intervir de forma adaptada à complexidade da situação, procurando gerir o bem-estar da criança e família, capacitando-os para a maximização da sua saúde, e utilizando

estratégias de comunicação ajustadas à compreensão e estágio de desenvolvimento da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Será assim esperado do EEESIP uma intervenção abrangente fundamentada no conhecimento das especificidades da SAI, que facilite a identificação de crianças em risco estimulando a aplicação de escalas de avaliação de SAI adequadas, colaborando na gestão das diversas estratégias implementadas em particular das não farmacológicas, envolvendo os pais ou familiares na gestão da criança ou jovem com SAI, e fomentando uma intervenção e comunicação interdisciplinar numa orientação holística e de cuidados centrados na família, podendo elaborar-se o seguinte conjunto de intervenções aplicadas à SAI (Tabela 4)

Tabela 8: Intervenções do EEESIP ao neonato, criança e jovem com SAI

<i>Intervenção especializada na área da saúde infantil e pediátrica</i>	<i>Intervenção especializada de índole comum</i>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Negociação da participação da criança, do jovem e da família no processo de cuidar; • Comunicação adequada à idade, desenvolvimento e cultura; • Utilização de estratégias motivadoras; • Proporcionar conhecimento e habilidades (capacitação e empoderamento) capacitando a gestão dos processos de saúde/doença; • Identificação de evidências de mal-estar; • Mobilização de conhecimentos para uma resposta antecipatória; • Gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor e sofrimento; • Adequação do suporte familiar; • Promoção de esperança realista; • Avaliação da parentalidade; • Facilitação da comunicação de emoções. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tomada de decisão baseada em conhecimento e experiência; • Seleção de estratégias adequadas; • Desempenho de papel de consultor/assessor otimizando os recursos; • Melhoria da informação para a tomada de decisão; • Motivação da equipa para um desempenho diferenciado; • Influenciar a introdução de inovações na prática; • Favorecimento da aprendizagem e o desenvolvimento dos enfermeiros; • Demonstração de intervenção especializada na área de especialização; • Assegurar processos de formação e desenvolvimento na prática.
--	--

Estes artigos apresentam também dados que suportam a melhoria dos resultados em saúde pela aplicação das estratégias descritas, contudo, apesar das recomendações elaboradas terem já alguns anos as práticas não foram alteradas de forma consistente como aponta Ávila-Alzatea et al. (2020). Seria importante identificar nas equipas de saúde as necessidades de informação e formação tendo em consideração a evidência já consolidada acerca dos cuidados à criança com SAI, fomentando o conhecimento e a prática de cuidados baseados na evidência o que vai de encontro ao sugerido por Ávila-Alzatea et al. (2020).

Ao avaliar a repercussão e replicação desta evidência teórica em contexto de estágio profissionalizante, deparei-me com a existência de protocolos estabelecidos com recurso a escalas validadas, em que as estratégias de gestão aplicadas eram apenas farmacológicas, ressaltando uma adesão não uniforme às práticas recomendadas na evidência científica o que vai de encontro ao afirmado por Ávila-Alzatea et al. (2020).

A nível da sua aplicação verificou-se uma variabilidade das práticas desde a sua aplicação adequada, mas mencionando apenas as alterações a nível da gestão farmacológica, passando por uma aplicação intermitente e variável ou mesmo a não aplicação do protocolo, e nem sempre com uma valorização das estratégias não farmacológicas implementadas.

Quanto à tomada de decisão de implementação e gestão das medidas esta era fundamentalmente médica, não havendo uma tomada de decisão multiprofissional ou em equipa, não havendo também grande envolvimento dos pais neste processo, o que reflete um não reconhecimento das recomendações internacionais referidas atrás e não consubstanciando uma prática baseada na evidência.

Por último, mas não menos importante, verificou-se que algumas das estratégias de gestão não farmacológicas identificadas na literatura eram utilizadas pela equipa de enfermagem, mas nem sempre de modo regular ou até intencional, sendo aplicadas de forma variável consoante a sensibilidade da enfermeira responsável pela criança face à sintomatologia apresentada e o seu *know-how* da prática de cuidados. Algumas das dificuldades manifestadas face à criança com SAI foi a necessidade de conhecimentos acerca da síndrome e das intervenções possíveis, bem como da dificuldade de implementar uma tomada de decisão em equipa.

Também a apontar que embora houvesse EEESIP não foi visível uma intervenção especializada por parte destes enfermeiros direcionada em particular às necessidades da criança com SAI e família, mas apenas uma intervenção mais abrangente e integrada a todas as crianças por eles cuidados.

Contudo, a atuação diferenciada ao nível das estratégias não farmacológicas foi visível e é consentânea com as recomendações, facilitando e promovendo o envolvimento parental, transmitindo a informação de forma clara e objetiva de modo a ser facilmente percebida e integrada, e facilitando a expressão de sentimentos e emoções que pudessem condicionar a capacidade de interação com a criança e entre os próprios pais, refletindo deste modo um maior desenvolvimento do conhecimento e prática de cuidados de enfermagem à criança por parte do EEESIP.

Esta prática é também um reflexo da aplicação na prática das filosofias dos Cuidados Centrados na Família e dos Cuidados não Traumáticos, suporte da prática especializada em pediatria e dos EEESIP.

Por último, também estes profissionais apontaram as mesmas dificuldades referidas pela equipa de enfermagem, sendo indicativo de necessidades formativas e de desenvolvimento profissional a ser explorada no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados.

Implicações para a prática

A SAI é um evento adverso associado ao uso de sedoanalgesia, que ocorre com frequência na população pediátrica sendo pouco reportado. Está associado à ocorrência de outros eventos adversos sendo causador de dor e sofrimento adicional para a criança, jovem e família para além da doença e hospitalização.

O seu diagnóstico é complexo uma vez que a sintomatologia não lhe é exclusiva devendo ser realizado por exclusão e identificando as crianças ou jovens que apresentem critérios de risco de ocorrência de SAI, sendo os mais relevantes a dose cumulativa de opióides e benzodiazepinas e o seu uso prolongado.

Esta ocorrência é evitável sendo recomendada a sua avaliação através de escalas validadas, bem como a sua gestão utilizando estratégias farmacológicas, como a redução alternada e rotação de fármacos e diminuição lenta e progressiva, e não farmacológicas, como o posicionamento, a gestão do ambiente envolvente e a

agregação de cuidados, não esquecendo o importante papel que os pais/família representam na identificação de alterações na criança e participação nos cuidados.

Cabe ao enfermeiro, em particular ao EEESIP, conhecer as especificidades da SAI, colaborar na identificação de crianças em risco, estimular a aplicação das escalas de avaliação de SAI, colaborar na gestão das estratégias implementadas em particular das não farmacológicas, envolvendo os pais ou familiares na gestão da criança ou jovem com SAI, intervindo de forma holística e de cuidados centrados na família.

A adoção das recomendações e estratégias de gestão da SAI podem conduzir a uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, diminuindo os eventos adversos, a dor, o desconforto e ansiedade da criança, do jovem e família.

No entanto, a nível das práticas verifica-se uma variabilidade significativa na utilização de estratégias de gestão da SAI consoante o contexto e o profissional, em particular quanto à adesão e consistência da aplicação destas estratégias e recomendações, associando-se a necessidades de informação sobre a SAI e sua gestão e de melhoria da comunicação e tomada de decisão fundamentada da equipa de cuidados.

A produção de conhecimento relativamente às estratégias de intervenção na criança, jovem e família com SAI é recente, datando a sua maioria dos últimos 6 anos, não havendo, contudo, avaliação rigorosa da sua eficácia e do valor adicional face ao tratamento habitual. Constata-se a necessidade de maior investigação nesta área identificando estratégias recomendadas para a abordagem à criança e jovem com esta síndrome bem como formas de promoção da sua adoção e adesão.

Bibliografia

- Amigoni, A., Mondardini, M. C., Vittadello, I., Zaglia, F., Rossetti, E., Vitale, F., ... Franck, L. S. (2017). Withdrawal Assessment Tool-1 Monitoring in PICU. *Pediatric Critical Care Medicine*, 18(2), e86–e91. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001054>
- Anand, K. J. S., Willson, D. F., Berger, J., Harrison, R., Meert, K. L., Zimmerman, J., ... Nicholson, C. (2010). Tolerance and Withdrawal From Prolonged Opioid Use in Critically Ill Children. *PEDIATRICS*, 125(5), e1208–e1225. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0489>
- Ávila-Alzatea, J. A., Gómez-Salgado, J., Romero-Martín, M., Martínez-Isasi, S., Navarro-Abal, Y., & Fernández-García, D. (2020). Assessment and treatment of the withdrawal syndrome in paediatric intensive care units. *Medicine*, 99(5), 1–13. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000018502>
- Best, K. M., Boullata, J. I., & Curley, M. A. Q. (2015). Risk Factors Associated With Iatrogenic Opioid and Benzodiazepine Withdrawal in Critically Ill Pediatric Patients. *Pediatric Critical Care Medicine*, 16(2), 175–183. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000000306>
- Duceppe, M. A., Perreault, M. M., Frenette, A. J., Burry, L. D., Rico, P., Lavoie, A., ... Williamson, D. R. (2019). Frequency, risk factors and symptomatology of iatrogenic withdrawal from opioids and benzodiazepines in critically ill neonates, children and adults: A systematic review of clinical studies. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 44, 148–156. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12787>
- Fenn, N. E., & Plake, K. S. (2017). Opioid and Benzodiazepine Weaning in Pediatric Patients: Review of Current Literature. *Pharmacotherapy*, 37(11), 1458–1468. <https://doi.org/10.1002/phar.2026>
- Galinkin, J., & Koh, J. L. (2014). Recognition and Management of Iatrogenically Induced Opioid Dependence and Withdrawal in Children. *PEDIATRICS*, 133(1), 152–155. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3398>
- Harris, J., Ramelet, A.-S., van Dijk, M., Pokorna, P., Wielenga, J., Tume, L., ... Ista, E. (2016). Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for

healthcare professionals. *Intensive Care Medicine*, 42(6), 972–986.
<https://doi.org/10.1007/s00134-016-4344-1>

Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2018). Perspectives of Pediatric Nursing. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed., p. 1424). St Louis: Elsevier - Health Sciences Division.

Ista, E. (2008). *Comfortably Calm - Soothing Sedation of Critically Ill Children Without Withdrawal Symptoms*. Erasmus University Rotterdam, Rotterdam.

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic Comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178–1184.

MacMullen, N. J., Dulski, L. A., & Blobaum, P. (2014). Evidence-based interventions for neonatal abstinence syndrome. *Pediatric Nursing*, 40(4), 165–172, 203.
Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25269356>

Neunhoeffter, F., Kumpf, M., Renk, H., Hanelt, M., Berneck, N., Bosk, A., ... Hofbeck, M. (2015). Nurse-driven pediatric analgesia and sedation protocol reduces withdrawal symptoms in critically ill medical pediatric patients. *Pediatric Anesthesia*, 25(8), 786–794. <https://doi.org/10.1111/pan.12649>

Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento n.º 422/2018*. , Pub. L. No. Diário da República, 2ª série-Nº 133, 19192 (2018).

Vet, N. J., Kleiber, N., Ista, E., de Hoog, M., & de Wildt, S. N. (2016). Sedation in Critically Ill Children with Respiratory Failure. *Frontiers in Pediatrics*, 4(August).
<https://doi.org/10.3389/fped.2016.00089>

Promoção do conforto à criança com Síndrome de Abstinência Iatrogénica: Reflexão sobre intervenções de enfermagem aplicadas a casos clínicos

Resumo

Introdução: As crianças e jovens internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos são frequentemente sujeitos a procedimentos dolorosos, utilizando-se a sedoanalgesia como estratégia para mitigar a dor, a ansiedade e o stress, promovendo o conforto da criança e família. O uso de sedoanalgesia pode, contudo, conduzir a eventos adversos como a Síndrome de Abstinência Iatrogénica, adicionando mais desconforto à criança e família.

A obtenção dum estado ótimo de conforto é consonante com as filosofias de cuidados pediátricos e a teoria do conforto de Kolcaba define como objetivo dos cuidados de enfermagem a obtenção de um estado de conforto aumentado, através da implementação de intervenções de enfermagem promotoras do conforto.

Objetivo: Identificar as intervenções de enfermagem promotoras do conforto da criança com SAI e família, utilizando como suporte a teoria do conforto de Kolcaba.

Método: reflexão sobre intervenções de enfermagem promotoras de conforto a crianças com sintomatologia sugestiva de síndrome de abstinência iatrogénica e sua família, em contexto de enfermaria, unidade de cuidados intensivos neonatais e pediátricos (casos clínicos de dois recém-nascidos e uma criança).

Resultados: As intervenções promotoras do conforto à criança com síndrome de abstinência iatrogénica e família agrupam-se em três tipologias: Intervenções gerais, ensino/orientação e “*comfort food for the soul*”. As intervenções identificadas vão de encontro às recomendações e evidência científica sobre as estratégias de gestão desta síndrome na criança.

Implicações para a prática: A aplicação da teoria de Kolcaba a crianças com síndrome de abstinência iatrogénica e sua família permite identificar necessidades de conforto e definir intervenções de enfermagem promotoras do conforto, fundamentando uma prática de cuidados baseada na evidência, e promovendo a qualidade dos cuidados.

Palavras chave: Síndrome Abstinência Iatrogénica; Teoria do Conforto; Enfermagem Pediátrica

Introdução

O internamento da criança e sua família acarreta sempre sofrimento pela alteração do quotidiano, pelo contacto com uma realidade muitas vezes desconhecidas, com múltiplos profissionais e procedimentos, o que é ainda mais significativo em unidades de cuidados intensivos (UCI). Este facto deve-se sobretudo à exposição a procedimentos e intervenções frequentemente dolorosas, a manipulações frequentes, ao desconhecimento e/ou gravidade da situação, e ao próprio ambiente ruidoso da UCI, fatores indutores de dor, ansiedade, stress e trauma que afetam a criança e família no seu processo de recuperação (Harris et al., 2016; Ista, 2008).

Por forma a minorar estes efeitos nocivos e em particular a dor e a sua gestão, recorre-se frequentemente a estratégias farmacológicas de sedoanalgesia utilizando opióides e/ou benzodiazepinas no sentido de melhorar o conforto da criança durante a prestação de cuidados de saúde (Ávila-Alzatea et al., 2020).

Contudo, a farmacodinâmica na criança é muito variável dificultando a obtenção de um estado ótimo de conforto e exigindo um doseamento caso a caso, não estando a utilização destes fármacos isenta de riscos, associando-se o seu uso prolongado e doses elevadas a eventos adversos, sendo um deles a Síndrome de Abstinência Iatrogénica (SAI) (Ávila-Alzatea et al., 2020; Harris et al., 2016; Ista, 2008).

A SAI é definida como um conjunto de manifestações que ocorrem após a suspensão ou reversão de um fármaco a que se foi previamente exposto e ao qual se desenvolveu dependência física (Anand et al., 2010). Essas manifestações dividem-se em 3 grupos consoante o sistema afetado (Cf. Tabela 1) incluindo agitação, tremores, espasmos, vômitos, diarreia, hipertensão, febre, sudorese, e alteração do sono, sendo fatores adicionais de *stress* e desconforto quer para o neonato, criança ou jovem que a experiência, como para os seus pais e família que o acompanham.

Tabela 9 - Manifestações da SAI por sistema afetado

<i>Irritabilidade do Sistema Nervoso Central</i>	<i>Disfunção Gastrointestinal</i>	<i>Disfunção do Sistema Nervoso Autônomo</i>
<ul style="list-style-type: none">• Agitação• Ansiedade• Distúrbios motores (espasmos)• Tremores• Choro inconsolável• Choro “gritado”• Esgar• Alteração do padrão de sono• Convulsões• Midríase• Alucinações	<ul style="list-style-type: none">• Vômitos• Diarreia• Resíduos gástricos elevados• Falta de apetite/”enfartamento”	<ul style="list-style-type: none">• Taquicardia• Taquipneia• Hipertensão• Febre• Suores• Espirros• “Bocejar”• Pele Marmoreada

Fonte: Amigoni et al. (2017) e Ista (2008)

Sendo um evento adverso, mas evitável, foram elaboradas recomendações no sentido de melhorar a identificação das crianças em risco, a gestão farmacológica e também da normalização da observação e avaliação da situação clínica através de escalas validadas, procurando assim capacitar as equipas de saúde na promoção do conforto da criança (Harris et al., 2016; Ista, 2008). De particular importância o papel dos profissionais de saúde nesta avaliação ao prestarem cuidados a crianças pré verbais ou sedadas, que incapazes de se autoavaliarem dependem destes para uma correta avaliação e dos ajustes necessários à manutenção ou melhoria do seu estado de conforto (Harris et al., 2016; Ista, 2008).

Por conseguinte, a intervenção de enfermagem é fundamental na identificação de neonatos, crianças ou jovens em risco de desenvolvimento de SAI, assim como na utilização de instrumentos de avaliação, permitindo implementar estratégias de prevenção, eliminação ou minimização dos sintomas, evitando o sofrimento da criança e seus familiares, a ocorrência de eventos adversos adicionais e aumentando a satisfação com os cuidados, promovendo o conforto da criança e família.

Interessa, portanto, clarificar o que se entende por conforto. Malinowski e Stamler (2002) descrevem o conforto como um conceito multidimensional, de significados

variáveis e índole positiva e de força, não se resumindo ao alívio da dor ou do sofrimento, e também como uma necessidade ao longo da vida: “*From the time of their birth, human beings yearn for comfort*” (p. 599) devendo ser um constituinte do cuidado de enfermagem e componente da qualidade dos cuidados.

Para Kolcaba (1994) conforto é uma “satisfação ativa, passiva ou colaborativa das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade ou transcendência, que surgem de situações de saúde geradoras de stress” (p. 1178), sendo objetivo dos cuidados de enfermagem a obtenção de um estado de conforto aumentado: resultado holístico caracterizado por um estado pessoal dinâmico e multifacetado, de influência mútua dos vários aspetos do conforto superando o efeito de um único aspeto.

Esta teoria (Kolcaba, 2001) assenta em 4 pressupostos: os seres humanos têm respostas holísticas a estímulos complexos; o conforto é um resultado holístico desejado, os seres humanos procuram satisfazer ou ver satisfeitas as suas necessidades básicas de conforto e a integridade institucional baseia-se na valorização dos cuidados centrados na pessoa. A autora (1994) define a teoria como bidimensional, com uma dimensão constituída por três estados (alívio, tranquilidade e transcendência) e uma segunda por quatro contextos (físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiente), cuja sobreposição configura uma estrutura taxonómica do conforto holístico, permitindo avaliar o conforto e o resultado das intervenções.

Para Kolcaba (1994) o desenvolvimento humano ocorre de forma positiva ou negativa consoante a impressão de sucesso ou insucesso na resolução das situações geradoras de *stress* a que a pessoa é sujeita no seu ambiente, sendo as situações de saúde geradoras de *stress* e foco de intervenção de enfermagem. Estas situações envolvem dois tipos de tensões: alfa e beta. A alfa resulta da soma de *forças obstrutivas* (negativas) como os efeitos da doença ou tratamento, ambiente, emoções, ansiedade ou impotência; de *forças facilitadoras* (positivas) que são as intervenções de enfermagem; e as *forças interativas* como as experiências passadas, idade, atitude, estado emocional e sistema de suporte. As intervenções de enfermagem promotoras do conforto dividem-se em 3 tipos (Cf. Tabela 2).

Tabela 10: Intervenções promotoras do conforto

<i>Intervenções Promotoras do Conforto</i>	<i>Exemplos</i>	<i>Objetivos</i>
<i>Intervenções Gerais</i>	Vigilância de sinais vitais e resultados laboratoriais Apreciação do utente Avaliação da dor Manutenção da normotermia Administração de medicação e tratamentos Posicionamento	Promover o conforto através da manutenção da homeostasia e controlo da dor e sofrimento Manter ou recuperar as funções físicas e o conforto Prevenir complicações
<i>Ensino/Orientação</i>	Suporte emocional Tranquilização Educação para a saúde Escuta ativa	Aliviar a ansiedade Providenciar informação, confiança e esperança Facilitar o planeamento da recuperação/reorganização
<i>“Comfort food for the soul”</i>	Toque terapêutico Massagem Musicoterapia Disponibilidade Conexão pessoal Adaptação ambiental	Criar uma sensação de ser cuidado através da disponibilidade, envolvimento e interação Fortalecer a vontade de cura, reabilitação ou o que considera “vida normal”

Fonte: Kolcaba & DiMarco (2005); Wilson & Kolcaba (2004)

A tensão beta é a perceção individual da pessoa do resultado da tensão alfa que se positiva cria a expectativa de situações semelhantes serem resolúveis de forma igual contribuindo para um comportamento congruente, o estabelecimento de padrões e o desenvolvimento de comportamentos promotores de saúde (*health seeking behaviours*) tanto internos (recuperação celular; imunidade) como externos (autocuidado; estado funcional; manutenção da saúde) (Kolcaba, 1994).

Identificando casos clínicos de crianças com sintomatologia sugestiva de síndrome de abstinência, e suportado na teoria do conforto apresentada, procurou-se pela sua aplicação identificar necessidades e intervenções promotoras do conforto, obtendo assim contributos para a reflexão sobre a sua utilização e capacidade de identificar necessidades e de fundamentar a intervenção de enfermagem a crianças com SAI e suas famílias.

Método

Reflexão sobre intervenções de enfermagem promotoras do conforto, aplicando a teoria do conforto de Kolcaba na identificação de necessidades e intervenções a dois neonatos e uma criança com sintomatologia sugestiva de síndrome de abstinência (neonatal e iatrogénica).

Apresentação e Discussão de Casos Clínicos

De seguida apresentam-se 3 casos clínicos de dois recém-nascidos (RN) e uma criança com sintomatologia sugestiva de abstinência, um RN com Síndrome de Abstinência Neonatal (SAN) (caso 1), outro RN com sintomatologia sugestiva de SAI (caso 2) e uma criança igualmente com sintomatologia sugestiva de SAI (caso 3).

Caso 1

RN de gravidez não vigiada, idade gestacional estimada de 37 semanas, parto eutócico no domicílio. Transporte para o hospital por bombeiros, mãe exigiu alta e não acompanhou RN, 3º filho, gravidez não desejada, hábitos aditivos com consumo de heroína inclusive periparto. Por progressivo aumento de sinais de dificuldade respiratória foi admitido na unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN), fez surfactante e foi ventilado durante 48h, iniciando alimentação exclusiva com leite especial para prematuros a partir do 5º dia de vida. Inicia sintomas sugestivos de abstinência ao 5º dia de vida (choro irritado, tremor das extremidades, hipertonia periférica, sucção exagerada) com score de Finnegan 8-13 iniciando morfina oral.

Na enfermaria a proceder a desmame progressivo de morfina oral (10% a cada 48h) com ajuste de acordo com scores de Finnegan mantendo-se em desmame ao 60º dia de vida. Inicia fenobarbital ao 48º dia de vida segundo protocolo em uso para síndrome de abstinência neonatal por aumento de hiperexcitabilidade. Episódio de provável convulsão com postura clónica ao 50º dia de vida. Eletroencefalograma ao 53º dia de vida a evidenciar foco epilético frontal esquerdo. Ressonância magnética ao 55º dia de vida com evidência de leucomalácia multiquística. Serviço social sinalizou RN à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e articulou com tribunal tendo em vista iniciação de processo de adoção.

Na avaliação de enfermagem na enfermaria o RN apresentava respiração, circulação e termorregulação não comprometidas, a realizar alimentação com leite adaptado por sonda nasogástrica por apresentar reflexos de sucção e deglutição descoordenados

e débeis fazendo estimulação com tetina. Pele e mucosas intactas, padrão urinário adequado e padrão intestinal irregular com episódios de cólicas e aumento de dejeções. Episódios de hipertonia com progressiva melhoria ao longo do internamento por vezes associados a sudorese, mas mantendo hiperreatividade à estimulação. Sem visitas ou acompanhantes ao longo de todo o internamento.

Verifica-se neste caso uma situação de SAN, talvez a mais frequentemente identificada e mais discutida a nível da literatura face à SAI. Ocorre a implementação de um plano terapêutico após identificação do RN em risco de desenvolvimento de sintomatologia de abstinência e foi aplicada uma escala validada para esta população a *Finnegan Neonatal Abstinence Scoring System* (FNASS). Identifica-se como problemas mais recorrentes a hipertonia, que poderá condicionar o desenvolvimento dos diversos reflexos e a resposta a estímulos de forma adequada, e a alteração do padrão de eliminação intestinal com dor tipo cólica e dejeções mais frequentes. Aplicando a Teoria de Kolcaba elaborou-se uma matriz de necessidades e um conjunto de intervenções promotoras do conforto (Anexo I).

Neste caso é de particular importância a promoção de um neurodesenvolvimento adequado, num RN que inicia a sua vida sendo sujeito a uma agressão intrauterina, sendo os cuidados neuroprotetores (Coughlin, 2017) fundamentais para a prossecução deste objetivo. A alimentação poderá estar comprometida pela dificuldade de coordenar reflexos o que, associada à hipertonia pode dificultar o ganho de peso e o aporte nutricional necessário ao adequado desenvolvimento e crescimento, devendo ocorrer uma avaliação das competências alimentares, podendo articular-se com outros profissionais como os terapeutas da fala para otimizar este desenvolvimento.

Nesta idade ocorre o desenvolvimento inicial de relações sociais significativas com os outros, bem como a vinculação e ansiedade da separação afetando a capacidade de gestão da ansiedade e de interação social e manter relações significativas (Ward & Hisley, 2011). A definição de cuidadores preferenciais poderá permitir criar uma sensação de continuidade, de previsibilidade e de relacionamento seguro para o RN substituindo a mãe ausente, e estes cuidadores terão a capacidade de identificar de forma mais hábil padrões de comportamento habituais, identificando alterações de forma mais precoce e permitindo adequar as intervenções da equipa de saúde promovendo o neurodesenvolvimento (Ward & Hisley, 2011).

Em relação aos sintomas de abstinência é patente na descrição do caso que a gestão da sintomatologia quer a nível farmacológico quer não farmacológico tem implicações no estado de conforto do RN. De igual modo, a utilização da escala FNASS permite avaliar a eficácia das medidas e a possibilidade de progressão na redução da terapêutica farmacológica. De relevar a ocorrência de um episódio convulsivo que foi identificada e tratada, frequente em casos de SAN e uma das manifestações com maior impacto no desenvolvimento da criança. A sintomatologia convulsiva (tremores, dificuldade em consolar, taquicardia, hipertonia) pode ser confundida com SAI devendo o seu diagnóstico ser por exclusão da ocorrência de convulsão como apontado por Harris et al. (2016).

Caso 2

RN de gravidez vigiada a partir das 35 semanas, parto às 40 semanas por ventosa, com exame à nascença normal, peso à nascença 2850 gramas (percentil 10-50), e confirmando-se atresia do esófago por impossibilidade de progressão de sonda sendo internado na UCIN. Pai e mãe saudáveis, primeira gravidez. Realizou correção de atresia ao 3º dia de vida com colocação de drenos torácicos iniciando ventilação mecânica e perfusão de fentanil. 4 dias de ventilação mecânica e posteriormente reiniciada por pneumotórax com colocação de novos drenos torácicos, removidos a dia 24 e 30 de vida, e saindo de ventilação mecânica ao 46º dia de vida para ar ambiente. Manteve fentanil durante 54 dias, com ajustes de dose associados aos procedimentos (entubação para ventilação e colocação de drenos) bem como a períodos de agitação e dor. Com nutrição parentérica desde o 2º ao 47º dia de vida, iniciando alimentação entérica a partir do 46º dia de vida. Iniciou morfina oral a partir do 47º dia de vida. Na nota de alta consta o diagnóstico de abstinência iatrogénica.

A dose de fentanil foi aumentada nos períodos de agitação e irritabilidade que coincidiram com a diminuição prévia da dose do opióide em quantidade superior a 20% da dose inicial, verificando-se a sua ocorrência em 5 momentos. A utilização da escala FNASS inicia-se a partir do 47º dia de vida, coincidindo com o início de morfina oral e com descrição em notas de enfermagem de claros sinais de abstinência (agitação mais marcada, difícil de consolar, sudorese, tremores, sucção excessiva, tónus aumentado). A partir deste momento inicia-se uma redução da perfusão de fentanil em 10% da dose inicial nos primeiros 3 dias e de 5% nos dias seguintes com aumento progressivo da dose de morfina oral, com remissão da sintomatologia e com

os scores da escala FNASS a passarem de 10 a 15 nos primeiros 3 dias para 0 a 5 nos restantes, até suspensão de fentanil ao 54º dia de vida e mantendo morfina oral para continuação de controlo da SAI.

Na avaliação de enfermagem, para além do descrito atrás, o RN apresentava respiração, circulação e termorregulação não comprometidas, a realizar alimentação por tetina com leite materno ou leite adaptado com reflexos de sucção e deglutição adequados. Pele e mucosas intactas, padrão urinário e intestinal regular. Acompanhado diariamente pela mãe e avó que demonstraram progressiva autonomia nos cuidados ao RN, sendo o pai ausente.

Neste caso apresenta-se um RN que desenvolve a SAI a opióides ao ocorrer uma redução não gradual do fármaco, não tendo sido identificado como em risco de SAI. A utilização da escala FNASS inicia-se após o início da sintomatologia bem como o planeamento do desmame do opióide e consequente ajuste terapêutico. Tal não é consentâneo com as recomendações apontadas por Harris et al. (2016) podendo argumentar-se que uma diferente abordagem poderia ter evitado a SAI, suportando este argumento a remissão do quadro de SAI após 3 dias do ajuste terapêutico. O impacto dos sintomas de abstinência é notório no conforto do RN, assim como a importância da gestão adequada da SAI por forma a obter um estado de conforto melhorado. Aplicou-se a teoria de Kolcaba a este caso (Anexo II) e identificaram-se como problemas os tremores, a hipertonia, a sucção aumentada e a dificuldade em consolar no RN, e a ansiedade e dificuldade em interagir da mãe e avó.

Tal como no caso anteriormente descrito, as intervenções devem ter em vista a promoção de um neurodesenvolvimento adequado do RN, o que envolve reconhecer o estágio de desenvolvimento em que se encontra. Face ao estágio de desenvolvimento psicossocial as intervenções promotoras da relação do RN com a mãe como o contacto pele a pele, e a sua presença e participação nos cuidados permitem criar laços relacionais de confiança, assim como estimular a vinculação e mitigar os efeitos da separação, bem como criar uma sensação de manutenção do papel parental da mãe e avó nos cuidados ao RN no ambiente de UCIN, e reconhecendo a chucha como objeto de conforto (fase oral de Freud) utilizando-a como veículo de superação da ansiedade e adversidade facilitando ao RN atingir a autorregulação e um estado de conforto melhorado.

Os cuidadores do RN são a mãe e avó, estando o pai ausente. De acordo com a teoria de Duvall dos estádios do desenvolvimento familiar (Hockenberry, 2018) esta família tem como tarefas e objetivos a integração da criança na unidade familiar, adaptar-se aos papéis parentais e de avós e manter o relacionamento enquanto marido e mulher. A resolução destas tarefas acrescidas do *stress* da hospitalização do RN e da ocorrência de SAI podem colocar a unidade familiar numa situação de incapacidade de ajustamento. Por conseguinte, o apoio emocional, a informação acerca da SAI, e o estabelecimento de níveis de participação e envolvimento podem promover o alívio da ansiedade e a tranquilidade necessária à tomada de decisões e envolvimento nos cuidados, promovendo um conforto aumentado.

Estas intervenções configuram não só intervenções de enfermagem promotoras do conforto como apontado atrás, como refletem igualmente a filosofia dos cuidados centrados na família (CCF), ao considerar a família como foco dos cuidados, procurando envolvê-la nos cuidados prestados, e estabelecendo níveis de participação desejados, procurando assim atingir a satisfação das necessidades identificadas.

Caso 3

Criança de 2 anos admitida na unidade de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) por insuficiência respiratória no contexto de pneumonia com empiema. Ventilado mecanicamente e com dreno torácico para drenagem de empiema. Com antecedentes pessoais de epilepsia refratária e atraso do desenvolvimento psicomotor. Extubado eletivamente a dia 22 de ventilação mecânica, mas com períodos frequentes de agitação após extubação, necessitando de reintubação e ventilação mecânica por agravamento respiratório e agitação, com taquicardia e hipertensão. Extubado com sucesso após 7 dias. Durante o internamento sob sedoanalgesia com morfina e midazolam, a associar-se dexmedetomidina, hidrato de cloral para agitação e paracetamol para controlo adicional da dor e hipertermia. Cumpru a terapêutica para a doença de base.

A nível da gestão farmacológica da dor e ansiedade no período peri extubação eletiva mantinham-se perfusões de morfina, midazolam e dexmedetomidina, com necessidade de administração regular (4 vezes ao dia) de hidrato de cloral para diminuir a agitação e promover o conforto. No dia da extubação procedeu-se a uma

diminuição das doses de sedoanalgesia em 24% da dose de morfina, 34% de midazolam e 17% de dexmedetomidina, não havendo administração nesse dia de hidrato de cloral. Feitos diversos bólus por agitação, taquicárdia, hipertensão e tremores dos membros, com referência a movimentos estereotipados, decidindo-se reintubação e ajustando sedoanalgesia até obter nível de conforto desejado, com remissão do quadro ao atingir os níveis pré-extubação. De referir menção a possível síndrome de abstinência ou episódio convulsivo por parte da equipa de saúde. Eletroencefalograma posterior evidenciou epilepsia ativa sendo ajustada terapêutica.

Nas notas de enfermagem para o período peri extubação nota-se a referência a episódios de agitação prévios à extubação, que melhoravam com posicionamento, mas com estado de calma de curta duração retornando agitação com taquicárdia, e recurso regular a hidrato de cloral para controlo deste estado. Sem menção a outras alterações do estado global da criança. Após a extubação menção a dificuldade respiratória, manutenção da agitação com taquicárdia e hipertensão, dificuldade de consolar, com sudorese, dejeção diarreica, e tremores dos membros. Pós reintubação com estase gástrica e episódios de dejeções diarreicas que cederam após ajuste de sedoanalgesia. Sem menção a qualquer escala de avaliação da SAI.

Neste caso identifica-se uma situação complexa com sintomatologia sugestiva de SAI a opióides e benzodiazepinas associada a uma redução abrupta da dose de fármacos após um período prolongado de exposição. Não houve uma avaliação inicial que identificasse que a criança estava em risco de SAI nem houve a aplicação de uma escala apropriada (SOS-PD ou WAT-1), mas considerou-se a possibilidade de as manifestações configurarem a SAI. No entanto, as manifestações poderiam também configurar um episódio convulsivo face aos antecedentes pessoais da criança, dificultando a tomada de decisão clínica. À semelhança do caso anterior, não foram seguidas as recomendações de gestão da SAI apontadas por Harris et al. (2016) à exceção da utilização de estratégias não-farmacológicas, com um efeito positivo na obtenção de um conforto aumentado ainda que de forma temporária, não permitindo contudo afirmar ou negar que seguindo as recomendações se pudesse evitar a ocorrência de SAI facilitando a identificação da causa das manifestações.

Definiu-se uma matriz de necessidades e intervenções promotoras do conforto de acordo com a teoria de Kolcaba (Anexo III), incluindo a criança e seus pais enquanto alvo de cuidados tal como nos casos anteriores, e tendo em consideração o estágio

de desenvolvimento da criança. Esta encontra-se num estágio de progressiva autonomia funcional, controlo motor e de descobrimento de limites, socializando de forma cada vez mais interativa e realizando aprendizagens constantes que segundo Bandura têm como objetivo desenvolver uma consciência de si e diferente dos outros com vista ao desenvolvimento adaptativo (Ward & Hisley, 2011). Neste caso concreto, não estando totalmente consciente de si devido ao processo de doença e da sedoanalgesia que lhe é administrada, cabe aos pais e profissionais de saúde identificarem os problemas e as suas necessidades, numa lógica de parceria de cuidados como é definido na filosofia dos CCF.

Recorrendo à teoria do desenvolvimento familiar de Duvall, esta família tem como tarefas a continuação do desenvolvimento da parentalidade e a integração e socialização da criança na família (Hockenberry, 2018), a que acresce a complexidade da identificação da causa das manifestações observáveis na criança, expondo esta família a *stress* adicional, relevando-se importante o apoio emocional aos pais para expressão de emoções e identificação de necessidade de apoio, a partilha de informação acerca da SAI e da sua possível colaboração na identificação de sinais e prestação de cuidados à criança, exercendo assim a sua parentalidade.

De entre as intervenções promotoras do conforto planeadas têm especial preponderância as promotoras da transcendência, evidente pela descrição da dificuldade de alívio da criança e obtenção de um estado de calma (tranquilidade) de curta duração. A gestão do ambiente da UCI e a organização dos cuidados podem ser facilitadores da promoção da tranquilidade e transcendência promovendo um estado de conforto aumentado. Por outro lado, a informação antecipatória pode prover os pais de mecanismos para lidar com as manifestações da SAI e incerteza de resolução, tornando-os mais resilientes e com um nível de conforto aumentado face aos stressores com que se deparem, em particular aliviando a ansiedade, tranquilizando face à incerteza da situação e capacitando para suplantar a adversidade atual projetando uma resolução positiva (transcendência).

Discussão

Da discussão destes casos identificam-se problemáticas coincidentes quer na SAN quer na SAI, traduzidas em necessidades semelhantes e em cuidados promotores de conforto equivalentes. No entanto, a especificidade de cada criança e família implica

ajustes personalizados às suas necessidades (desenvolvimentais, crescimento, situação clínica e doença) e contextos (ambientais, sociais, familiares) que respondam de forma holística, o que é atingível aplicando a teoria de Kolcaba.

Para Kolcaba e DiMarco (2005) a obtenção de um estado de conforto aumentado incita a criança e família a investirem em atividades e comportamentos promotores de saúde, atuando o enfermeiro como orientador, assegurando que a criança, jovem e família participam ativamente no seu plano de cuidados e recuperação.

Esta abordagem é consonante com as filosofias dos cuidados de enfermagem em pediatria como os CCF e os cuidados não traumáticos, envolvendo a criança e família na definição e operacionalização de um plano terapêutico e de cuidados, numa relação de parceria, com o objetivo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados à criança e família (Hockenberry & Barrera, 2018).

A intervenção de enfermagem especializada à criança e família cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), definindo a Ordem dos Enfermeiros (OE) o Enfermeiro Especialista como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744)

Em relação ao EEESIP define a OE (2018) que a filosofia a adotar é a dos CCF tendo como alvo dos cuidados a criança e a família, e que a forma predominante de relação na prestação de cuidados deverá ser a parceria de cuidados, devendo o EEESIP intervir de forma adaptada à complexidade da situação, procurando gerir o bem-estar da criança e família, capacitando-os para a maximização da sua saúde, e utilizando estratégias de comunicação ajustadas à compreensão e desenvolvimento da criança.

Ao EEESIP importa reconhecer as especificidades do desenvolvimento e crescimento infantil de modo a reconhecer padrões de normalidade e alteração, e adequar a sua comunicação ao estágio de compreensão da criança, e avaliar o contexto em que esta se insere, reconhecendo que os principais fatores de *stress* da criança e jovem associados à hospitalização são a separação, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

Os pais, em particular os que têm filhos internados na UCI, têm como principais necessidades a informação sobre a situação e proximidade à criança, e como fatores

de maior *stress* a aparência da criança, os procedimentos, a comunicação, a ansiedade e o ambiente da UCIP, identificando alguns aspetos como promotores do conforto, dos quais salientam: a presença parental quando desejada, a participação nas discussões clínicas, a informação e treino acerca dos cuidados, o apoio personalizado, a comunicação regular, o apoio espiritual, o ambiente tranquilo, e a disponibilidade de uma zona de repouso (Berube, Fothergill-Bourbonnais, Thomas, & Moreau, 2014)

Pode-se então afirmar que as intervenções apresentadas (Anexos I a III) como resposta às necessidades identificadas nos RN e criança com síndrome de abstinência e sua família têm suporte na evidência científica fundamentando a sua aplicação, e é consequentemente possível enquadrar as intervenções do EEESIP na criança e família com SAI nos três tipos de intervenções promotoras do conforto definidas por Kolcaba & DiMarco (2005) (Cf. Tabela 3).

Tabela 11: Intervenções do EEESIP à criança, jovem e família com SAI

<i>Intervenções Gerais</i>	Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mau estar, situações de risco ou instabilidade; Mobiliza conhecimentos para a intervenção antecipatória; Garante a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas; Avalia o desenvolvimento infantojuvenil; Avalia a parentalidade.
<i>Ensino/Orientação</i>	Negoceia a participação; Comunica com técnicas apropriadas à idade, desenvolvimento e cultura; Proporciona conhecimento e facilita a aquisição de conhecimentos; Capacita a criança e família na adoção de estratégias de <i>coping</i> ; Adequa o suporte familiar e comunitário; Transmite orientações antecipatórias; Facilita a comunicação de emoções.
<i>“Comfort food for the soul”</i>	Negoceia a participação; Comunica com técnicas apropriadas à idade, desenvolvimento e cultura; Utiliza estratégias motivadoras e promotoras da esperança realista; Promove a relação dinâmica com crianças e família. Facilita a comunicação de emoções; Tem conhecimento da extensão da utilização de terapias complementares; Capacita a criança e família na adoção de estratégias de <i>coping</i> ; Reforça a tomada de decisão responsável

Deste modo, a intervenção do EEESIP pode ser descrita, à luz da teoria do conforto de Kolcaba e das filosofias dos cuidados pediátricos, como a ação individualizada e específica adaptada ao desenvolvimento da criança e ao contexto, após diagnóstico de necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nas quatro dimensões da teoria do conforto (Kolcaba, 1994), e que se consubstanciam em três tipos de intervenções promotoras do conforto (Kolcaba & DiMarco, 2005; Wilson & Kolcaba, 2004) no sentido de assistir e maximizar o conforto holístico da criança, jovem e família, assentando numa prática de cuidados centrados na família e dos cuidados não traumáticos (Hockenberry & Barrera, 2018; Kolcaba, 1994).

Conclusões

A SAI é um evento adverso frequente na população pediátrica admitida em UCI e que causa dor e sofrimento adicional para a criança, jovem e família, estando também associada à ocorrência de outros eventos adversos e a um prolongamento do tempo de internamento

Na literatura científica a SAI é identificada como uma ocorrência evitável, recomendando o uso de escalas validadas para a sua avaliação, e gestão farmacológica e não farmacológica, sendo fundamental o treino da equipa de saúde na identificação de crianças em risco, na avaliação da sintomatologia e na adesão a protocolos de tratamento.

É um diagnóstico por exclusão, o que ficou patente nos casos apresentados, uma vez que a sintomatologia não lhe é exclusiva podendo ser uma manifestação de outras etiologias ou alterações orgânicas que necessitem duma intervenção precoce devendo estas ser consideradas primeiramente.

A teoria do conforto de Kolcaba tem aplicação prática à pediatria sendo consonante com as filosofias subjacentes à enfermagem pediátrica como os cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos. Avalia as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência em quatro dimensões, permitindo elaborar uma matriz de necessidades que estrutura o foco de três tipos de intervenções de enfermagem promotoras do conforto, com o objetivo de obter um estado de conforto aumentado e assim conduzir à adoção de comportamentos promotores da saúde.

Aplicando esta teoria e as filosofias dos cuidados pediátricos a casos clínicos de recém-nascidos e criança com síndrome de abstinência elaborou-se uma matriz de necessidades e respetivas intervenções de enfermagem promotoras do conforto, validando a sua aplicação prática enquanto teoria de médio alcance, e permitindo identificar a sua utilidade ao guiar a prática de enfermagem em crianças com SAI.

Identificaram-se intervenções especializadas do EEESIP específicas para a criança e família com SAI, enquadrando estas intervenções nos tipos de intervenções promotoras do conforto definidas por Kolcaba, clarificando desta forma não só a intervenção especializada, como relevando a sua importância para a abordagem holística e personalizada da criança e família com SAI.

Bibliografía

- Anand, K. J. S., Willson, D. F., Berger, J., Harrison, R., Meert, K. L., Zimmerman, J., ... Nicholson, C. (2010). Tolerance and Withdrawal From Prolonged Opioid Use in Critically Ill Children. *PEDIATRICS*, 125(5), e1208–e1225.
<https://doi.org/10.1542/peds.2009-0489>
- Ávila-Alzate, J. A., Gómez-Salgado, J., Romero-Martín, M., Martínez-Isasi, S., Navarro-Abal, Y., & Fernández-García, D. (2020). Assessment and treatment of the withdrawal syndrome in paediatric intensive care units. *Medicine*, 99(5), 1–13. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000018502>
- Berube, K. M., Fothergill-Bourbonnais, F., Thomas, M., & Moreau, D. (2014). Parents' Experience of the Transition with their Child from a Pediatric Intensive Care Unit (PICU) to the Hospital Ward: Searching for Comfort Across Transitions. *Journal of Pediatric Nursing*, 29(6), 586–595.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.06.001>
- Coughlin, M. (2017). Trauma-informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. *Infant*, 13(5), 176–179. Retrieved from http://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_077_eur.pdf
- Harris, J., Ramelet, A.-S., van Dijk, M., Pokorna, P., Wielenga, J., Tume, L., ... Ista, E. (2016). Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals. *Intensive Care Medicine*, 42(6), 972–986.
<https://doi.org/10.1007/s00134-016-4344-1>
- Hockenberry, M. J. (2018). Family Influences on Child Health Promotion. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed., p. 1424). St Louis: Elsevier - Health Sciences Division.
- Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2018). Perspectives of Pediatric Nursing. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed., p. 1424). St Louis: Elsevier - Health Sciences Division.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2018). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). St Louis: Elsevier - Health Sciences Division.
- Ista, E. (2008). *Comfortably Calm - Soothing Sedation of Critically Ill Children*

Without Withdrawal Symptoms. Erasmus University Rotterdam, Rotterdam.

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic Comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178–1184.

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86–92.
<https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>

Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187–194.

Malinowski, A., & Stamler, L. L. (2002). Comfort: exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 599–606.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02329.x>

Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento n.º 422/2018*. , Pub. L. No. Diário da República, 2ª série-Nº 133, 19192 (2018).

Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento n.º 140/2019*. , Pub. L. No. Diário da República, 2ª série-Nº 26, 4744 (2019).

Ward, S. L., & Hisley, S. M. (2011). Caring for the Developing Child. In *Maternal-Child Nursing Care: Optimizing Outcomes for Mothers, Children & Families* (pp. 641–664). F.A. Davis Company.

Wilson, L., & Kolcaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 19(3), 164–173.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2004.03.006>

ANEXO I – Matriz de necessidade e intervenções promotoras do conforto (Caso 1)

	<i>Alívio</i>	<i>Tranquilidade</i>	<i>Transcendência</i>
<i>Físicas</i>	Dor (Cólicas) Tremores Sudorese	Normotermia Controlo da dor Respiração regular Tónus regular Hidratação Eliminação regular Medicação (morfina) Alimentação regular Objeto de conforto	Melhor estado de auto-regulação Objeto de conforto
<i>Psicoespirituais</i>	Ansiedade Agitação	Incerteza Ambiente seguro Criar rotinas	Autoconsolo Melhor estado de auto-regulação
<i>Ambientais</i>	Ruído Luminosidade Múltiplas manipulações Múltiplos profissionais	Cuidador preferencial Diminuição luz e ruído Posicionamento Ambiente calmo Agregar manipulações Diminuir estimulação	Ambiente calmo Ambiente familiar Abstração meio envolvente
<i>Sociais</i>	Separação parental/Vinculação não estabelecida Dificuldade em consolar	Comunicação interativa Cuidador preferencial	Cuidador preferencial

<i>Tipo de Intervenções</i>	<i>Intervenções</i>	<i>Objetivos</i>
<i>Intervenções Gerais</i>	Vigiar sinais vitais	Manter homeostasia
	Avaliar a dor	Controlar a dor e sofrimento
	Manter normotermia	Manter homeostasia
	Manter alimentação regular	Manter homeostasia
	Manter hidratação	Manter homeostasia
	Controlar ruído e luminosidade	Controlar a ansiedade; estabelecer padrões comportamentais; promover a previsibilidade das interações
	Agregar cuidados	
	Criar rotinas	
	Disponibilizar objeto de conforto (polvo)	Controlar a ansiedade; promover autorregulação
	Avaliar a SAI (escala FNASS)	Controlar a SAI
	Administrar medicação (morfina)	Controlar a SAI; Controlar a dor e sofrimento
	Posicionar de forma a promover o neurodesenvolvimento	Prevenir complicações; promover o desenvolvimento infantil; promover autorregulação
<i>“Comfort food for the soul”</i>	Aplicar toque terapêutico	Promover a interação; promover a autorregulação; controlar a ansiedade
	Massajar	Promover o relaxamento; melhorar o tônus muscular
	Definir cuidador preferencial	Promover o relacionamento humano; promover a previsibilidade das interações

ANEXO II – Matriz de necessidade e intervenções promotoras do conforto (Caso 2)

	<i>Alívio</i>	<i>Tranquilidade</i>	<i>Transcendência</i>
<i>Físicas</i>	Dor Tremores Sudorese	Normotermia Controlo da dor Respiração regular Tónus regular Hidratação Medicação (morfina) Alimentação regular Objeto de conforto (chucha)	Melhor estado de auto-regulação Objeto de conforto Chuchar
<i>Psicoespirituais</i>	Ansiedade Agitação	Incerteza Parentalidade Ambiente seguro Criar rotinas	Autoconsolo Validação externa Pensamento positivo Capacitação para lidar com incerteza
<i>Ambientais</i>	Ruído Luminosidade Múltiplas manipulações Múltiplos profissionais	Limites físicos Diminuição luz e ruído Posicionamento Ambiente calmo Agregar manipulações Contenção	Ambiente calmo Ambiente familiar Abstração meio envolvente Permanência mãe/avó
<i>Sociais</i>	Separação parental Dificuldade em consolar	Estado de alerta normal Permanência mãe/avó Participação parental Informação	Apoio familiar Informação Esperança realista Confiança na equipa de saúde

<i>Tipo de Intervenções</i>	<i>Intervenções</i>	<i>Objetivos</i>
<i>Intervenções Gerais</i>	Vigiar sinais vitais	Manter homeostasia
	Avaliar a dor	Controlar a dor e sofrimento
	Manter normotermia	Manter homeostasia
	Manter alimentação regular	Manter homeostasia
	Manter hidratação	Manter homeostasia
	Controlar ruído e luminosidade	Controlar a ansiedade; estabelecer padrões comportamentais; promover a previsibilidade das interações
	Agregar cuidados	
	Criar rotinas	
	Disponibilizar objeto de conforto (chucha)	Controlar a ansiedade; promover autorregulação
	Colocar em contacto pele a pele (canguru)	Controlar a ansiedade; promover autorregulação; promover a vinculação
	Avaliar a SAI (escala FNASS)	Controlar a SAI
	Administrar medicação (morfina)	Controlar a SAI; Controlar a dor e sofrimento
	Posicionar de forma a promover o neurodesenvolvimento	Prevenir complicações; promover o desenvolvimento infantil; promover autorregulação
<i>Ensino/Orientação</i>	Apoiar emocionalmente (mãe e avó)	Controlar a ansiedade; promover a autorregulação; controlar a ansiedade
	Informar de forma regular sobre evolução clínica	Controlar a ansiedade; diminuir a incerteza; promover a participação e parceria
	Informar sobre SAI, identificação e estratégias de intervenção	Promover a participação e parceria; fomentar o empoderamento e autonomia dos cuidados
	Demonstrar técnicas de posicionamento	
	Avaliar dúvidas ou receios (mãe e avó)	Capacitar para a autonomia dos cuidados; promover a tomada de decisão e adoção de comportamentos promotores da saúde
<i>“Comfort food for the soul”</i>	Aplicar toque terapêutico	Promover a interação; promover a autorregulação; controlar a ansiedade
	Massajar	Promover o relaxamento; melhorar o tônus muscular
	Disponibilizar tempo para a mãe e avó expressarem sentimentos	Promover o relacionamento humano; permitir a reorganização dos papéis parentais

ANEXO III – Matriz de necessidade e intervenções promotoras do conforto (Caso 3)

	<i>Alívio</i>	<i>Tranquilidade</i>	<i>Transcendência</i>
<i>Físicas</i>	Dor Tremores Febre Sudorese	Normotermia Controlo da dor Respiração regular Tónus regular Hidratação Medicação Alimentação regular Objeto de conforto (fralda)	Melhor estado de auto-regulação Objeto de conforto
<i>Psicoespirituais</i>	Ansiedade Agitação Medo	Incerteza Parentalidade Ambiente seguro Escuta ativa Apoio psicológico Suporte emocional Criar rotinas	Autoconsolo Validação externa Pensamento positivo Capacitação para lidar com incerteza
<i>Ambientais</i>	Ruído Luminosidade Múltiplas manipulações	Diminuição luz e ruído Posicionamento Ambiente calmo Agregar manipulações Diminuir estimulação	Ambiente calmo Ambiente familiar Abstração meio envolvente Permanência mãe/pai
<i>Sociais</i>	Dificuldade em consolar	Comunicação efetiva Estado de alerta normal Permanência mãe/pai Participação parental Informação Respeito	Informação Reforço positivo Esperança realista Confiança na equipa de saúde

<i>Tipo de Intervenções</i>	<i>Intervenções</i>	<i>Objetivos</i>
<i>Intervenções Gerais</i>	Vigiar sinais vitais	Manter homeostasia
	Avaliar a dor	Controlar a dor e sofrimento
	Manter normotermia	Manter homeostasia
	Manter alimentação regular	Manter homeostasia
	Manter hidratação	Manter homeostasia
	Controlar ruído e luminosidade	Controlar a ansiedade; estabelecer padrões comportamentais; promover a previsibilidade das interações
	Agregar cuidados	
	Criar rotinas	
	Disponibilizar objeto de conforto (fralda)	Controlar a ansiedade; promover autorregulação
	Colocar em contacto pele a pele (canguru)	Controlar a ansiedade; promover autorregulação; promover a vinculação
<i>Ensino/Orientação</i>	Avaliar a SAI (escala SOS-PD)	Controlar a SAI
	Vigiar medicação em curso	Controlar a SAI; Controlar a dor e sofrimento
	Posicionar de forma a promover o conforto	Prevenir complicações; promover a organização e autorregulação
	Apoiar emocionalmente (mãe e pai)	Controlar a ansiedade; promover a estratégias de <i>coping</i>
	Informar de forma regular sobre evolução clínica	Controlar a ansiedade; diminuir a incerteza; promover a participação e parceria
	Informar sobre SAI, identificação e estratégias de intervenção	Promover a participação e parceria; fomentar o empoderamento e autonomia dos cuidados
	Demonstrar técnicas de posicionamento	
	Avaliar dúvidas ou receios (mãe e pai)	Capacitar para a autonomia dos cuidados; promover a tomada de decisão e adoção de comportamentos promotores da saúde
	Aplicar toque terapêutico	Promover a interação; promover a autorregulação; controlar a ansiedade
	Controlar ruído e luminosidade	Promover o relaxamento; controlar a ansiedade; prevenir complicações
<i>“Comfort food for the soul”</i>	Disponibilizar tempo para a mãe e pai expressarem sentimentos	Promover o relacionamento humano; permitir a reorganização dos papéis parentais

**APÊNDICE XVI – NORMA DE AVALIAÇÃO, PREVENÇÃO E GESTÃO
DA CRIANÇA COM SAI**

Norma de Orientação Clínica – Síndrome de Abstinência Iatrogénica

Introdução

O tratamento da criança e do jovem em estado crítico é realizado em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, sendo um evento marcante quer para a criança quer para os seus pais, cuidadores e família, podendo causar trauma físico e psicológico devido às experiências dolorosas e sofrimento associadas aos procedimentos, bem como ao *stress* derivado da exposição ao ambiente da UCI (Curtis, Foster, Mitchell, & Van, 2016; Harris et al., 2016; Ista, 2008).

As mudanças dos serviços de saúde para serviços especializados em pediatria criaram ambientes menos ameaçadores, propícios à continuidade do desenvolvimento da criança e do jovem e facilitadores da recuperação. Acresce ainda a preocupação dos profissionais em minimizar as situações traumáticas seguindo filosofias como os cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos, conduzindo a uma utilização mais frequente de estratégias não farmacológicas e farmacológicas de modo a minorar a dor e o sofrimento, fatores que influenciam negativamente a recuperação da criança (Ista, 2008)

A gestão e controlo da dor é uma prioridade no cuidado a todos os doentes, especialmente a crianças gravemente doentes. Por um lado, sabemos que uma analgesia apropriada reduz a resposta ao stress e melhora o prognóstico clínico da criança, e que a gestão adequada da dor nos serviços de saúde é hoje em dia um padrão de qualidade e, mais especificamente um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consignado, entre outros, na Carta da Criança Hospitalizada (Anand et al., 2010; IAC, 2009). Por outro lado, sabemos das dificuldades em proteger estas crianças da exposição ao ambiente das UCI, em que os níveis elevados de ruído e luminosidade são fatores causadores de stress e trauma, frequentemente associados à realização de procedimentos dolorosos e intervenções invasivas, com excesso de manipulação da criança, o que aumenta os níveis de dor e stress o que afeta negativamente a sua recuperação (Crawford & Dixon, 2012; Ista, 2008).

Relativamente à analgesia e/ou sedação no doente crítico em idade pediátrica, não existe consenso universal para a escolha do fármaco, via de administração ou dose a administrar. No entanto, os fármacos mais utilizados são os opióides e as benzodiazepinas, nomeadamente a morfina e o fentanil, e o midazolam e o diazepam, respetivamente para cada classe de fármaco.

Com a intensificação do uso de analgésicos e sedativos, de forma prolongada, tem-se vindo a verificar um aumento na incidência da síndrome de abstinência iatrogénica (SAI) e de *delírium*, eventos adversos relacionados com a sedoanalgesia causadores de desconforto quer para a

criança quer para os pais, que podem ser prevenidos ou minimizados, sendo também critérios de qualidade na prestação de cuidados (Best et al., 2015; Franck et al., 2012; Harris et al., 2016).

Harris et al. (2016) apontam para prevalências de SAI de 9 a 57% para opióides e de 35 a 57% para opióides e ou benzodiazepinas, estando esta síndrome relacionada com aumento das complicações clínicas e prolongamento do internamento dos doentes (Amigoni et al., 2017; Ávila-Alzatea et al., 2020), motivo pelo qual tem crescido a preocupação com as estratégias de prevenção e tratamento da SAI nas Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Para melhorar a intervenção foram elaboradas recomendações internacionais relativamente à sedação e analgesia em pediatria por forma a normalizar a observação e avaliação do estado de conforto da criança, promovendo uma abordagem estruturada e promotora de cuidados de saúde de qualidade e de melhoria dos resultados desses cuidados (Harris et al., 2016).

Para a elaboração desta norma foram tidas em consideração as recomendações das sociedades científicas e da revisão da literatura relativamente à SAI em Cuidados Intensivos Pediátricos.

Definições

Tabela 12 - Definições de tolerância, dependência e abstinência.

Tolerância	Diminuição do efeito de um fármaco ou a necessidade de aumento de dose para obter o mesmo efeito terapêutico.
Dependência	Necessidade de administração continuada de um analgésico ou sedativo para prevenir sinais de abstinência.
Abstinência	Síndrome clínico que se manifesta após a suspensão ou reversão de um fármaco após um período prolongado de exposição a este.

(Harris et al., 2016)

Mecanismos Fisiopatológicos

A ativação dos recetores opióides pelos opiáceos, induz a diminuição da adenilciclase, com diminuição do AMPc, abertura dos canais de potássio, hiperpolarização da membrana celular e encerramento dos canais de cálcio. Estas alterações traduzem-se na inibição do neurónio e diminuição na libertação de neurotransmissores, produzindo analgesia. A suspensão brusca do fármaco, com menor ocupação dos recetores de modo secundário, produz aumento da atividade excitatória neuronal, com ativação do sistema simpático e desenvolvimento de síndrome de abstinência. Os mecanismos que induzem tolerância e dependência, ainda não estão completamente definidos, mas relacionam-se com processos de dessensibilização dos recetores mediados por sistemas de proteínas intracelulares, que intervêm no funcionamento dos canais dependentes de iões. Os fatores mais importantes parecem ser a manutenção da ativação do recetor e o grau de afinidade do fármaco pelo mesmo (Hudak & Tan, 2012)

As benzodiazepinas produzem sedação pela sua ligação aos recetores do neurotransmissor ácido gama aminobutírico (GABA), aumentando o seu efeito inibitório sobre o sistema nervoso central (SNC). A sua administração prolongada leva à diminuição da função dos recetores, que se traduz na menor eficácia de uma mesma concentração de GABA e, de modo secundário, maior estimulação do SNC (Gopisetti & Playfor, 2015).

Fatores de risco para o desenvolvimento de SAI

O desenvolvimento de SAI está intimamente ligado a determinados fatores de risco. Best et al. (2015) realizaram um estudo com o objetivo de identificar estes fatores e os resultados comprovaram que os dois fatores de risco mais associados são o uso prolongado de fármacos analgésicos ou sedativos e a dose cumulativa desses fármacos. Apesar de alguma variabilidade nos resultados, os estudos mais recentes (Quais???) apontam como fatores de risco: a perfusão contínua com duração superior a 5 dias, dose cumulativa de fentanil superior a 0,6 mg/kg ou perfusão superior a 5 µg/kg/h e dose cumulativa de benzodiazepinas superior a 40 mg/kg.

Sintomatologia

Os sintomas de abstinência são categoricamente divididos em neurológicos, gastrointestinais e mediados pelo sistema nervoso autónomo, sendo importante notar que a abstinência a benzodiazepinas difere da causada por opióides pela ausência relativa de sintomas gastrointestinais (Birchley, 2009; Ista, 2008).

Tabela 13 - Sinais e Sintomas de SAI

<i>Irritabilidade do Sistema Nervoso Central</i>	<i>Disfunção Gastrointestinal</i>	<i>Disfunção Sistema Nervoso Autônomo</i>
Agitação	Vômitos	Taquicardia
Ansiedade	Náusea	Taquipneia
Distúrbios motores (espasmos, descoordenação)	Diarreia	Hipertensão
Tremores	Estase gástrica	Febre
Choro inconsolável	Falta de apetite	Diaforese
Choro “gritado”	Sucção excessiva	Espirros
Esgar		“Bocejar”
Perturbação do sono		Pele Marmoreada
Convulsões		Adejo nasal
Midríase		Congestão nasal
Alucinações		Aspiração de secreções frequente
Movimentos coreatetóides		

(Birchley, 2009; Ista, 2008)

O diagnóstico de SAI deve ser de exclusão, uma vez que os sintomas coincidem com várias situações patológicas que podem coexistir, nomeadamente compromisso hemodinâmico ou respiratório grave, alterações metabólicas e lesão neurológica. Deste modo, é fundamental relacionar o início dos sintomas com a suspensão das perfusões e manter uma vigilância clínica objetiva com recurso a escalas de avaliação (Harris et al., 2016).

Avaliação

De modo a intervir de forma adequada na SAI é importante proceder-se a uma avaliação das crianças de forma sistemática e sistematizada, minimizando as variações inerentes à subjetividade dos profissionais. Harris et al. (2016) recomendam a utilização de escalas de avaliação da SAI validadas para a neonatologia e a pediatria, sendo as mais usadas a Escala de Finnegan para neonatos, e a *Withdrawal Assessment Tool* (WAT-1) e a *Sophia Observation Withdrawal Symptoms Score* (SOS) para a crianças e adolescentes.

- **Escala de Finnegan** (ANEXO I): indicada para avaliação dos sintomas de abstinência de recém-nascidos filhos de mães adictas a opiáceos (síndrome de abstinência neonatal) com um ponto de corte ≥ 13 para abstinência grave. Deve ser utilizada até aos 2-3 meses de idade (Serrano, Mendes, & Negrão, 2013). Esta escala é composta por 20 itens/indicadores com uma escala de medida com 0-42 pontos

- **Withdrawal Assessment Tool-1 - WAT-1** (ANEXO II): Testada em 83 crianças entre os 7 meses e 10 anos, sob tratamento com opiáceos e benzodiazepinas durante mais do que 5 dias. Sensibilidade de 87% e especificidade de 88% para um ponto de corte ≥ 3 . Tem a desvantagem de ser mais demorada na sua aplicação (Franck, Harris, Soetenga, Amling, & Curley, 2008). Esta escala é composta por 11 itens/indicadores com uma escala de medida com 0-12 pontos

- **Sophia Observation Withdrawal Symptoms Scale - SOS** (ANEXO III): Testada em 79 crianças até aos 16 anos de idade sob tratamento com opiáceos e benzodiazepinas durante mais do que 5 dias. Sensibilidade de 85% e especificidade de 91% para um ponto de corte ≥ 4 (Ista, van Dijk, de Hoog, Tibboel, & Duivenvoorden, 2009). Esta escala é composta por 15 itens/indicadores com uma escala de medida com 0-15 pontos

Estratégias preventivas da SAI:

Entende-se como estratégias de prevenção da SAI as tomadas antes do início de qualquer sintomatologia e de forma a prevenir a sua ocorrência.

A primeira medida preventiva passa pela otimização da sedoanalgesia através da utilização de escalas clínicas de monitorização do grau de sedação e de analgesia, procurando evitar o excesso de sedação e analgesia, mas permitindo um estado de conforto sem dor nem stress (Galinkin & Koh, 2014).

Para esta otimização contribuem as estratégias não farmacológicas como a contenção e posicionamento, utilização de objeto de conforto (chucha, polvo, boneco, manta), sucção não nutritiva, diminuição do estímulo ambiental (ruído, luz), massagem e relaxamento; manutenção da normotermia, alimentação regular, balanço hídrico equilibrado, presença e envolvimento familiar, comunicação e orientação espaço-temporal, padrão de sono organizado (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Playfor et al., 2006) que devem ser implementadas pela equipa de enfermagem por forma a maximizar o conforto da criança, e minimizar a necessidade de utilização de sedoanalgesia.

Considerar a rotação das várias classes de agentes sedativos/analgésicos utilizados (Sanavia et al., 2019), bem como interrupções diárias programadas da perfusão em curso (Vet et al., 2016), não devendo contudo ser descurado o risco de extubação acidental, bem como a perda de acessos venosos, sobretudo em crianças pequenas.

Ao iniciar-se o desmame da sedoanalgesia deve ser garantido o adequado controlo da dor. Deverá ser realizada uma redução alternada dos fármacos quando estiver mais do que um em

perfusão. A estratégia mais comum é a redução de 10-20% da dose inicial de desmame do fármaco a cada 24h/48h, tendo em consideração a dose diária administrada e a duração total da administração (Fenn & Plake, 2017).

Estratégias farmacológicas incluem a substituição dos fármacos por equivalentes orais como a morfina e a metadona para os opióides, e o diazepam para as benzodiazepinas (Fenn & Plake, 2017; Galinkin & Koh, 2014)

Tratamento da SAI

Quando não se consegue prevenir o aparecimento de sintomatologia compatível com SAI, é fundamental proceder ao seu tratamento.

Este deve ser iniciado com uma revisão das estratégias não farmacológicas a implementar procurando, como referido atrás, maximizar o conforto e minimizar a necessidade de sedoanalgesia, e excluir ou minimizar fatores que possam confundir a avaliação da ocorrência ou agravamento da SAI.

Em relação às estratégias farmacológicas há um conjunto de fármacos passíveis de serem usadas no tratamento e gestão da SAI:

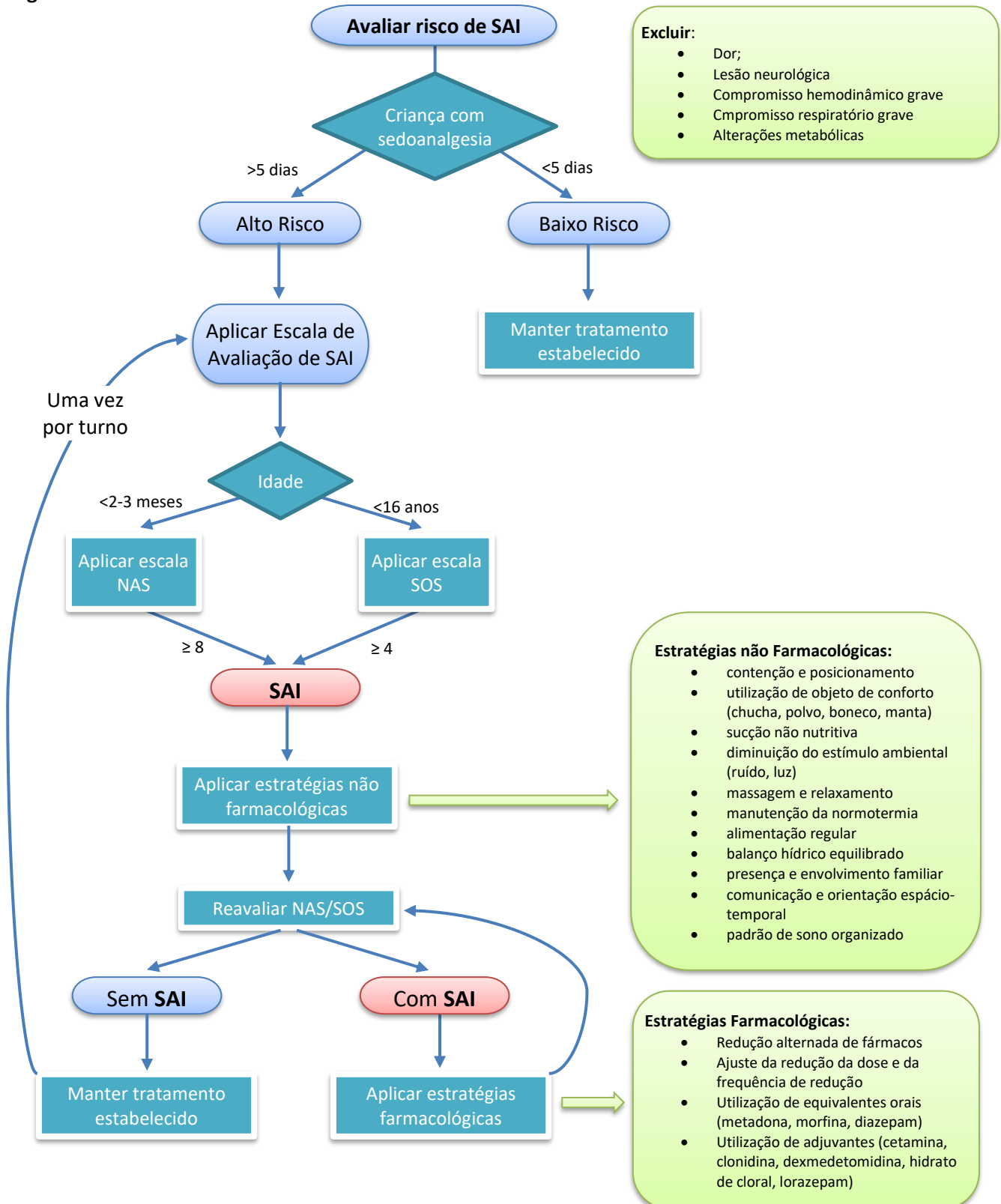
Metadona – (semivida 12-24h), que apresenta uma biodisponibilidade por via oral de 75-100%, devendo, regra geral, ser iniciada antes do início do desmame da perfusão;

Diazepam e Lorazepam – Benzodiazepinas que apresentam semivida prolongada e boa biodisponibilidade por via oral, importantes na atenuação da agitação e ansiedade típicas da SAI (obrigatórias nos pacientes que já as faziam previamente);

Cetamina – atua bloqueando a via que leva ao aumento da libertação dos neurotransmissores, além do papel preventivo, mostrou-se útil no tratamento do SAI, levando ao desaparecimento da sintomatologia, quando em perfusão na dose de 2-10 mcg/Kg/min.

Agonistas dos recetores α -2 adrenérgicos – como a Clonidina e a Dexmetomidina, que ao suprimir a libertação de catecolaminas reduzem a sintomatologia autonómica, particularmente a taquicardia e hipertensão arterial. Tem-se demonstrado eficaz em recém-nascidos e adolescentes. Deve iniciar-se clonidina na dose de 3-6 μ g/Kg/dia, cada 4-6h e a dexmedetomidina na dose de 0,1-1,4 μ g/Kg/h, após bólus prévio de 0,5-1 μ g/Kg.

Algoritmo:



NOTA: É importante ter presente que a resposta individual de cada criança ao desmame é sempre mais importante que qualquer protocolo rígido.

Bibliografía

- 1- Anand et al. Tolerance and Withdrawal From Prolonged Opioid Use in Critically Ill Children. *Pediatrics*. 2010 May; Volume 125, Number 5: 1208-1226.
- 2- Attarian S et al. The Neurodevelopmental Impact of Neonatal Morphine Administration. *Brain Science*. 2014; Volume 4: 321-334.
- 3- Birchley G. Opioid and benzodiazepine withdrawal syndromes in the paediatric intensive care unit: a review of recent literature. *Nursing in Critical Care*. 2009; Volume 14, Number 1: 26-37.
- 4- Buck ML et al. Managing Iatrogenic Opioid Dependence with Methadone. *Pediatric Pharmacotherapy*. 2000 July; Volume 6, Number 7.
- 5- Carrión FF. Síndrome de Abstinencia en UCIP. *Sociedad Y Fundación Española de Cuidados Intensivos Pediátricos*. Marzo 2013.
- 6- Galinkin J et al. Recognition and Management of Iatrogenically Induced Opioid Dependence and Withdrawal in Children. *Pediatrics*. 2014 January; Volume 133: 152-157.
- 7- Honey BL et al. α 2-Receptor Agonists for Treatment and Prevention of Iatrogenic Opioid Abstinence Syndrome in Critically Ill Patients. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2009 September; Volume 43: 1506-1511.
- 8- Kotz Susanne. Withdrawal symptoms in long term sedation exposure of pediatric intensive care patients. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2013; Volume 3, Number 11: 111-115.
- 9- Thung AK. Opioid Tapers. *Handbook of Pediatric Chronic Pain: Current Science and Integrative Practice*. Volume 22: 359-374.

Anexo I – Escala *Neonatal Abstinence Score* (Escala de Finnegan)

Identificação do RN

Data: _____

Nº folha: _____

Sistemas	Sinais e Sintomas	Score	Manhã (Horas)			Tarde (Horas)			Noite (Horas)			Observ.
Distúrbio do SNC	Choro excessivamente alto/gritado	2										
	Choro alto/gritado contínuo	3										
	<1 hora de sono após refeição	3										
	<2 horas de sono após refeição	2										
	<3 horas de sono após refeição	1										
	Reflexo de Moro aumentado	2										
	Reflexo de Moro muito aumentado	3										
	Trémulo suave com estímulo	1										
	Trémulo moderado/grave com estímulo	2										
	Tônus muscular aumentado	2										
	Escoriações (em áreas específicas)	1										
	Movimentos mioclónicos	3										
	Convulsões generalizadas	5										
Distúrbios metabólicos vasomotores respiratórios	Sudação	1										
	Temp. <38.2°C e > 37.2°C	1										
	Temp. >38.4°C	1										
	Bocejos frequentes (>3/4 x por intervalo de tempo)	1										
	Exantema	1										
	Obstrução nasal	1										
	Espirros (>3/4 x por intervalo)	1										
	Adejo nasal	2										
	FR > 60cpm	1										
	FR > 60cpm + tiragem	2										
Distúrbios gastrointestinais	Sucção excessiva	1										
	Recusa alimentar	2										
	Regurgitação	2										
	Vômitos em jacto	3										
	Fezes moles	2										
	Fezes aquosas/líquidas	3										
	Pontuação total (score)											
	Pontuador (Iniciais)											

Obs:

Nota:

Avaliar 1h antes da toma do fármaco prescrito;

Avaliar 4/4h entre o 1º e 5º dia de vida;

Se score >8 manter avaliação de 4/4h;

Avaliar de 8/8h (uma vez por turno) após 5º dia de vida e se score <8

Nota: Classificação ≤7 ausência de SA; 8 a 12 SA ligeiro a moderado; ≥13 SA moderado a grave.

Anexo II – Withdrawal Assessment Tool 1 (WAT-1)

WITHDRAWAL ASSESSMENT TOOL VERSION 1 (WAT – 1)

© 2007 L.S. Franck and M.A.Q. Curley. All Right reserved. (Tradução para o português com autorização dos autores, R. Novelli e A. Fernandes 2013).

Nome:																			
Prontuário:																			
	Data																		
	Hora																		
Informações das últimas 12 horas																			
Diarreia	não=0 sim=1																		
Vômito/náuseas/regurgitações	não=0 sim=1																		
Temperatura > 37.8°C	não=0 sim=1																		
Observação por dois minutos antes do estímulo																			
Estado comportamental	SBS ¹ ≤ 0 ou adormecido/acordado calmo=0 SBS ¹ > +1 ou acordado agitado=1																		
Tremor:	nenhum/leve=0 moderado/intenso=1																		
Sudorese:	não=0 sim=1																		
Movimentos descoordenados/repetitivos:	nenhum/leves=0 moderados/graves=1																		
Bocejos/Espirros:	≤ 1=0 ≥ 2=1																		
Observação de um minuto durante estímulo																			
Reação ao estímulo tátil:	Nenhuma/leve=0 moderada/intensa=1																		
Tônus muscular:	normal=0 aumentado=1																		
Recuperação após estímulo																			
Tempo para retornar a tranquilidade:	<2 minutos=0 2-5 minutos=1 >5 minutos=2																		
Pontuação total WAT-1 (0-12)																			

WITHDRAWAL ASSESSMENT TOOL (WAT – 1) INSTRUÇÕES

- Inicia-se a aplicação da escala WAT-1 no primeiro dia de desmame, nos pacientes que tenham recebido infusões ou bolus regulares de opióides e/ou benzodiazepínicos por um período prolongado (p.e. ≥ 5 dias). Permanecer avaliando duas vezes ao dia até 72h após a última dose dos medicamentos.
- A Withdrawal Assessment Tool (WAT-1) deve ser realizada em simultâneo com a SBS¹ pelo menos uma vez a cada 12 horas (ex. às 8:00 e às 20:00 ± 2). O estímulo progressivo usado na avaliação da SBS¹ fornece um estímulo padrão para observar os sinais de abstinência.

✓ Checar informações no prontuário das últimas 12h (pode ser feito antes ou depois do estímulo):

- ✓ Diarreia: Pontuar 1 se nas últimas 12 horas houver documentação de ao menos 1 episódio; se não, pontuar 0.
- ✓ Vômitos/náuseas/regurgitações: Pontuar 1 se nas últimas 12 horas houver documentação de ao menos 1 episódio; se não, pontuar 0.
- ✓ Temperatura > 37.8°C: Pontuar 1 se a moda (valor mais frequente) da temperatura documentada nas últimas 12 horas for superior a 37.8; se não, pontuar 0.

✓ Observação de dois minutos pré-estímulo:

- ✓ Estado comportamental: Pontuar 1 se acordado e agitado (SBS¹: ≥ +1) durante os dois minutos antes do estímulo; 0 se adormecido ou acordado e calmo (SBS¹ ≤ 0).
- ✓ Tremor: Pontuar 1 se tremor moderado ou intenso durante os dois minutos antes do estímulo; 0 se ausente ou leve/intermitente.
- ✓ Sudorese: Pontuar 1 se presente durante os dois minutos antes do estímulo; 0 se ausente.
- ✓ Movimentos descoordenados ou repetitivos: Pontuar 1 se estiverem presentes movimentos tipo virar a cabeça, agitação dos braços ou pernas, opistótono/arqueamento do tronco; 0 se não estiverem presentes movimentos descoordenados/repetitivos ou se forem leves.
- ✓ Bocejos/espirros: Pontuar 1 se presentes em número ≥ 2 no período de observação; 0 se ausente ou somente 1.

✓ Observação de um minuto durante o estímulo:

- ✓ Reação ao estímulo tátil: Pontuar 1 se sobressalto moderado ou intenso; 0 se ausente ou leve.
- ✓ Tônus muscular: Pontuar 1 se aumentado; 0 se normal.

✓ Recuperação após o estímulo:

- ✓ Tempo para retornar a tranquilidade (SBS¹ ≤ 0): Pontuar 2 se >5 minutos, 1 se entre 2 e 5 minutos; 0 se <2 minutos.

✓ Somar os 11 números das colunas para obter a pontuação total WAT-1 (0-12).

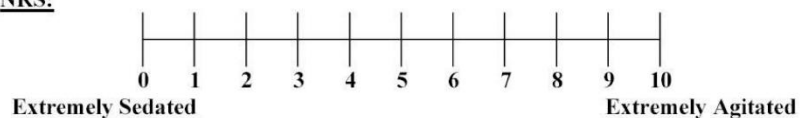
1Curley et al. State behavioral scale: A sedation assessment instrument for infants and young children supported on mechanical ventilation. *Pediatr Crit Care Med* 2006;7(2):107-114.

Nota: Classificação ≥3 é indicadora de SA.

State Behavioural Scale (SBS)

Dimensions	Levels
Respiratory Drive	<ol style="list-style-type: none"> 1. No spontaneous respiratory effort 2. Spontaneous but ineffective exhaled tidal volume (Patient specific: <4cc/kg) 3. Spontaneous and effective exhaled tidal volume (Patient specific: > 4cc/kg)
Response to Ventilation	<ol style="list-style-type: none"> 1. No spontaneous breathing 2. Easy spontaneous breathing (fully synchronized with mechanical ventilation) 3. Having difficulty synchronizing with ventilator 4. Unsynchronized with mechanical ventilation, compromising oxygenation/ventilation
Coughing	<ol style="list-style-type: none"> 1. No cough with suction 2. Coughs only when suctioned 3. Coughs when repositioned 4. Occasional spontaneous cough 5. Frequent spontaneous coughing that does not resolve with suctioning 6. Bronchospastic or choking
Best Response to Stimulation	<ol style="list-style-type: none"> 1. No response to noxious stimuli 2. Responds to noxious stimulus 3. Responds to touch 4. Responds to voice 5. No external stimulus is required to elicit response
Attentiveness to Care Provider	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unable to pay attention to care provider 2. Able to pay attention to care provider but drifts off after stimulation 3. Spontaneously pays attention to care provider (Infant – fixes and follows) 4. Vigilant of care provider/Eyes follow care provider – watchful 5. Hyper-vigilant to care provider/Panicky when care providers approach patient
Tolerance to Care	<ol style="list-style-type: none"> 1. Does not distress with any procedure including noxious 2. Will distress with noxious procedures 3. Distresses with procedures (i.e., repositioning) 4. Distressed (e.g., picking at tubes, pulling at restraints, etc.) 5. Patient intermittently unsafe (e.g., biting ETT) 6. Patient unsafe (e.g., attempting to pull at ETT/catheters, cannot be left alone)
Consolability	<ol style="list-style-type: none"> 1. Self-regulates/modulates own behavior 2. Able to calm with comforting touch or voice when stimulus removed; distractible 3. Does not consistently calm despite a 5-minute attempt to console 4. Unable to console
Movement after Consoled	<ol style="list-style-type: none"> 1. Does not move 2. Occasional movement of extremities or shifting of position in bed 3. Increased movement (restless, squirming) 4. Excessive movement (thrashing side to side, kicking legs, arched, rigid) 5. Combative

NRS:



Anexo III – Sophia Observation withdrawal Symptoms-scale and Delirium (SOS-PD)

Comfort assessment Escale SOS-PD

Sophia Observation withdrawal Symptoms-scale and Delirium

Avaliação 1 Data/hora 1	Avaliação 2 Data/hora 2
Observador	Observador

Etiqueta com o
nome do paciente

Passo 1a – Abstinência	1	2	Esclarecimento
Frequência cardíaca	..... /min	..... /min	Insira a maior frequência registrada nas últimas 4 horas; caso não disponível, leia o monitor ou sinta o pulso.
Frequência respiratória	..... /min	..... /min	Insira a maior frequência registrada nas últimas 4 horas; caso não disponível, leia o monitor ou conte a respiração.
Frequência cardíaca basal	..... /min	..... /min	O valor basal é o valor médio das últimas 24 horas.
Frequência respiratória basal	..... /min	..... /min	O valor basal é o valor médio das últimas 24 horas.
Passo 1b – Delirium*	1	2	Marque se a resposta for verdadeira
Os pais não reconhecem o comportamento do filho	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *	Os pais percebem o comportamento da criança como muito diferente ou irreconhecível em comparação ao que eles estão acostumados quando a criança está doente ou internada; "este não é meu filho".

Passo 2	Abstinência		Delirium		
	1	2	1	2	
Taquicardia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			A frequência cardíaca excede o valor basal em $\geq 15\%$.
Taquipneia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			A frequência respiratória excede o valor basal em $\geq 15\%$.
Febre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			A temperatura excede $38,4^{\circ}\text{C}$ no momento ou nas últimas 4 horas.
Sudorese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sem razão aparente.
Agitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ex.: irritado, inquieto, agitado, tentando arrancar cateteres, acessos venosos, sondas gástricas etc.
Ansiedade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A criança apresenta expressão facial de ansiedade (olhos arregalados, sobrancelhas tensas e levantadas). O comportamento varia do pânico à apatia.
Tremores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tremendo, movimentos rítmicos sustentados e involuntários das mãos e/ou dos pés.
Distúrbio motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movimentos involuntários de braços e/ou pernas, pequenas contrações musculares.
Tensão muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Punhos e dedos dos pés cerrados e/ou ombros curvados. Ou: posição anormal da cabeça dos braços ou das pernas causada por tensão muscular.
Atenção			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se você (profissional de saúde) ou os pais não conseguem atrair nem manter a atenção da criança. A criança está alheia ao ambiente, vivendo em "seu próprio mundo". Apática.
Ações propositadas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se a criança tem dificuldade em fazer coisas que, normalmente, não seria um problema; ex.: não consegue pegar a chupeta ou um brinquedo.
Sem contato visual			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pouco ou nenhum contato visual com os pais ou responsáveis..
Choro inconsolável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inconsolável (recusa alimentos, chupeta ou não está querendo brincar). Pontue fáceis de choro em crianças ventiladas como choro inconsolável.
Caretas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sobrancelhas contraídas e rebaixadas. Sulco nasolabial evidente.
Insônia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A criança não consegue estender o sono por mais de 1 hora por vez; períodos de sono de curta duração.
Alucinações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	A criança parece ver, ouvir ou sentir coisas que não estão presentes.
Desorientação			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apenas para crianças >5 anos. A criança não sabe se é manhã, tarde ou noite, não tem consciência de onde está, não reconhece a família ou os amigos.
Fala			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se a fala é incompreensível, sem clareza ou se a criança não consegue contar uma história coerente (não apropriada para a idade).
Início agudo dos sintomas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mudança aguda de sintomas em comparação ao período anterior à admissão hospitalar.
Flutuações			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A ocorrência dos sintomas varia profundamente nas últimas 24 horas.
Vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Pelo menos 1 episódio nas últimas 4 horas.
Diarreia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Pelo menos 1 episódio nas últimas 4 horas.

Escore total

Escore SOS ☐☐
Escore PD* ☐☐

Escore de abstinência (a pontuação máxima é 15). Conte os itens marcados.

Escore de delirium (a pontuação máxima é 16/17). Conte os itens marcados.

* Consulte um psiquiatra infantil se o passo 1 for positivo E/OU a pontuação do passo 2 é ≥ 4 ou o sintoma alucinação * for positivo.

Por favor, veja mais instruções no verso.

Nota: Classificação ≥ 4 é indicadora de SA.

Instruções

Instruções para a avaliação de síndrome de abstinência (SOS):

População-alvo:

Crianças de até 16 anos de idade que receberam benzodiazepínicos e/ou opioides por mais de quatro dias; a observação começa a partir do 5º dia.

Crítérios de exclusão:

- Uso de bloqueadores neuromusculares em infusão contínua;
 - Estado de mal epilético pelo qual recebem midazolam;
 - Padrão de alteração comportamental grave devido à doença neurológica de base.
- Para a avaliação de abstinência em lactentes filhos de mães dependentes de drogas, recomenda-se a utilização do Escore de Abstinência Neonatal (Neonatal Abstinence Score – NAS) de L. P. Finnegan (1975).

Procedimentos:

- Aplique a escala:
- No mínimo 1 vez a cada plantão
- Na suspeita de síndrome de abstinência;
- Duas horas após uma intervenção para o tratamento dos sintomas de abstinência.
- Preencha o formulário cuidadosamente após observar o paciente;
- Marque, para cada item, o pior valor/momento do paciente durante as últimas 4 horas;
- Verifique, em esclarecimentos, a explicação de cada item em particular caso não esteja claro.

Passo 1a: DCalcular as frequências cardíaca e respiratória:

Valor basal é a média dos valores durante as últimas 24 horas. Dependendo do tipo de sistema de armazenamento de dados dos pacientes, ele pode ser gerado automaticamente ou calculado manualmente.

Passo 2: Avaliação de taquicardia e taquipneia:

Calcule se as frequências cardíaca e respiratória excedem em 15% o valor basal. Por exemplo, se a frequência cardíaca basal é 100, então: $100 \times 1,15 = 115$. Se a frequência mais alta observada nas últimas 4 horas foi 124 ($124 > 115$), então marque “sim” para taquicardia.

Instruções para a avaliação de delirium (PD):

População-alvo:

Crianças de até 16 anos de idade e admitidas há 48 horas ou mais estão em risco para o desenvolvimento de *delirium*. A escala SOS-PD pode ser usada para o rastreamento precoce de delirium. Comece a observar depois de 48 horas.

Crítérios de exclusão:

- Estar em uso de bloqueadores neuromusculares em infusão contínua;
 - Pacientes comatosos ou com sedação muito profunda e que não respondem a estímulos (COMFORT-Behavior < 11 ou RASS -4 ou -5).
- Se possível, reduza os sedativos e reavalie após 4 horas ou no próximo plantão.

Procedimentos:

- Observe a criança:
- No mínimo uma vez a cada plantão;
- Na suspeita de *delirium*;
- 2 – 4 horas após uma intervenção para o tratamento de *delirium*.
- Preencha o formulário cuidadosamente após a observação;
- Utilize, para cada item, o pior momento do paciente durante as últimas 4 horas;
- Verifique a explicação ao lado de cada item em particular em caso de dúvida.

Para esclarecimentos e perguntas, por favor envie e-mail para w.ista@erasmusmc.nl

**APÊNDICE XVII – PROJETO DE INVESTIGAÇÃO - A CRIANÇA COM
SAI: NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE EM UCIN E UCIP**

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

TÍTULO DO ESTUDO: A Criança com Síndrome de Abstinência Iatrogénica: Necessidades de formação dos profissionais de saúde em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal e Pediátrica

INSTITUIÇÃO: Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de um Hospital Central.

GRUPO DE TRABALHO:

Investigadores principais: Maria Alice dos Santos Curado e Carlos Alberto de Melo da Silva Monteiro

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

A síndrome de abstinência iatrogénica é caracterizada por um conjunto de manifestações (sinais e sintomas) que ocorrem após a suspensão ou reversão de um fármaco a que se foi previamente exposto e do qual se ficou fisicamente dependente (Anand et al., 2010), sendo esta dependência um mecanismo de adaptação bioquímica e fisiológica (Anand et al., 2010).

A dor e o sofrimento da criança associados à realização de diversos procedimentos e intervenções, de manipulações da criança, e de um ambiente ruidoso em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (Harris et al., 2016; Ista, 2008), bem como a implementação e prossecução de tratamentos diferenciados como a ventilação mecânica, técnicas de substituição renal ou membrana de oxigenação extracorporal, conduzem à necessidade de administração de fármacos analgésicos e sedativos, de modo a minorar a dor e sofrimento, promovendo o conforto, a diminuição da resposta de stress e o risco de mortalidade e morbilidade (Franck, Naughton, & Winter, 2004), garantindo também a segurança, a amnésia, e prevenção da ansiedade e agitação (Guttormson, Chlan, Weinert, & Savik, 2010), sendo frequentemente utilizada uma mistura de opióides e benzodiazepinas (Franck, Scoppettuolo, Wypij, & Curley, 2012; Grap, Pickler, & Munro, 2006).

Devido a uma diferente farmacodinâmica na criança comparativamente ao adulto (Bennett, 2003), a obtenção dum estado ótimo de conforto é muito variável, sendo as

doses de analgésico e sedativo utilizadas variáveis caso a caso (Ista, 2008). Vet et al. (2013) referem níveis de sedação ótima em 60% dos casos e de sobre-sedação de 30%, níveis estes relacionados com o risco de ocorrência de eventos adversos (Curley et al., 2015; Grant, Balas, & Curley, 2013; Harris et al., 2016), nos quais se inclui o desenvolvimento da síndrome de abstinência iatrogénica (Curley et al., 2015; Grant et al., 2013; Harris et al., 2016).

A ocorrência desta síndrome está relacionada com o uso prolongado de fármacos analgésicos ou sedativos (Amigoni et al., 2014; Anand et al., 2010; Bennett, 2003; Best, Boullata, & Curley, 2015; Fisher, 2012; Ista, van Dijk, Gamel, Tibboel, & de Hoog, 2008) e com a dose cumulativa (Best et al., 2015; Fisher, 2012; Ista et al., 2008), com uma taxa de prevalência reportada entre 13 e 57% (Amigoni et al., 2014; Anand et al., 2010; Fisher, 2012; Jenkins, Playfor, Bevan, Davies, & Wolf, 2007; Neunhoeffter et al., 2015).

As manifestações podem ser divididas em três grupos (Amigoni et al., 2014; Ista et al., 2008): irritação do sistema nervoso central, disfunção gastrointestinal e disfunção do sistema nervoso autónomo, tendo como sintomas mais frequentes a insónia, a febre, os vómitos, a diarreia, a sudorese e a midríase (Fisher, 2012; Franck et al., 2004; Ista et al., 2008).

A síndrome de abstinência iatrogénica é assim um evento adverso da utilização de sedoanalgesia que deve ser prevenida, ou na sua impossibilidade, minoradas as suas manifestações, sendo considerado um critério de qualidade na prestação de cuidados (Best et al., 2015; Franck et al., 2012; Harris et al., 2016). Existem diversas escalas para a avaliação da ocorrência desta síndrome, havendo um documento da European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care com indicação das escalas atualmente validadas para as duas populações (neonatal e pediátrica) (Harris et al., 2016).

Decorre que uma equipa de saúde desperta para a existência desta síndrome, e capacitada para a sua identificação através de utilização de escalas validadas, e de conhecimentos atualizados sobre estratégias de prevenção, e de eliminação ou minimização dos sintomas, concorrem para a melhoria dos cuidados prestados às crianças admitidas nas UCI, bem como à melhoria de indicadores de qualidade em saúde e assistenciais, como a ocorrência de eventos adversos adicionais (ex:

extubações acidentais), dias de ventilação mecânica, dias de internamento, e satisfação com os cuidados prestados.

2. OBJETIVOS:

Como objetivo principal definiu-se identificar as necessidades de formação dos profissionais de saúde sobre a intervenção na Síndrome de Abstinência Iatrogénica nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal e Pediátrica do Serviço de Pediatria; e como objetivo secundário avaliar a eficácia de uma sessão de formação sobre essa Síndrome.

3. METODOLOGIA:

a. Local de realização: Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de um Hospital Central

b. Tipo de estudo: exploratório, transversal com abordagem mista, através da aplicação em dois momentos (antes e após intervenção formativa) de um questionário com perguntas abertas e fechadas

c. Duração e período do estudo: 5 meses

d. População:

- Médicos e enfermeiros que prestem cuidados nas duas Unidades de Cuidados Intensivos referidas.

e. Definição das variáveis de caracterização dos participantes:

- Sexo
- Profissão
- Tempo de exercício profissional
- Local de exercício profissional

f. Amostra pretendida: 80 profissionais

g. Tratamento estatístico dos dados: *Software SPSS®*

4. IMPACTO ESPERADO - Identificar precocemente a presença da Síndrome de Abstinência Iatrogénica na população neonatal e pediátrica internada em unidades de

cuidados intensivos e desenvolver, paralelamente, melhores estratégias de identificação, prevenção e intervenção terapêutica, de modo a prevenir o seu desenvolvimento e minorar os efeitos adversos da sua ocorrência, nomeadamente o tempo de internamento, morbi-mortalidade associada, e conforto da criança e família.

5. PROGRAMA DE TRABALHOS:

Fase 1 – Pré-implementação

- Elaboração do questionário a ser aplicado aos profissionais realizando um teste de validação de face;
- Envio dos pedidos de autorização necessários à realização do questionário;
- Recolha dos emails dos profissionais para envio de *link* de realização de questionário.

Fase 2 – Implementação

- Enviar *e-mail* de solicitação de realização de questionário.
- Planeamento e estruturação das sessões de formação (conteúdo, meios, local, horário);
- Reenvio do *link* para realização de mesmo questionário;

Fase 3 – Recolha de dados e tratamento estatístico

Fase 4 – Elaboração do manuscrito

6. CALENDARIZAÇÃO:

Pré-implementação: Setembro a Outubro de 2019

Implementação: Outubro de 2019 a Fevereiro de 2020

Recolha de dados e tratamento estatístico: Novembro de 2019 a Abril de 2020

Elaboração do manuscrito: Abril a Setembro de 2020

7. QUESTÕES ÉTICAS:

- Será garantida a proteção de dados dos profissionais de saúde participantes.

- Será solicitada a aprovação da Direção do Departamento de Pediatria e da Comissão de Ética.

8. ORÇAMENTO: não se prevê qualquer custo, nem financiamento, para a realização do estudo.

9. BIBLIOGRAFIA:

- Amigoni, A., Vettore, E., Brugnolaro, V., Brugnaro, L., Gaffo, D., Masola, M., ... Pettenazzo, A. (2014). High doses of benzodiazepine predict analgesic and sedative drug withdrawal syndrome in paediatric intensive care patients. *Acta Paediatrica*, 103(12), e538–e543. <https://doi.org/10.1111/apa.12777>
- Anand, K. J. S., Willson, D. F., Berger, J., Harrison, R., Meert, K. L., Zimmerman, J., ... Nicholson, C. (2010). Tolerance and Withdrawal From Prolonged Opioid Use in Critically Ill Children. *PEDIATRICS*, 125(5), e1208–e1225. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0489>
- Bennett, M. (2003). Guidelines for sedation of the critically ill child. *Paediatric Nursing*, 15(9), 14–18. <https://doi.org/10.7748/paed2003.11.15.9.14.c666>
- Best, K. M., Boullata, J. I., & Curley, M. A. Q. (2015). Risk Factors Associated With Iatrogenic Opioid and Benzodiazepine Withdrawal in Critically Ill Pediatric Patients. *Pediatric Critical Care Medicine*, 16(2), 175–183. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000000306>
- Curley, M. A. Q., Wypij, D., Watson, R. S., Grant, M. J. C., Asaro, L. A., Cheifetz, I. M., ... Matthay, M. A. (2015). Protocolized sedation vs usual care in pediatric patients mechanically ventilated for acute respiratory failure. *Jama*, 313(4), 379–389. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.18399>
- Fisher, D. (2012). *Opioid withdrawal signs and symptoms in the pediatric patient during opioid tapering*.
- Franck, L. S., Naughton, I., & Winter, I. (2004). Opioid and benzodiazepine withdrawal symptoms in paediatric intensive care patients. *Intensive and Critical Care*

- Nursing*, 20(6), 344–351. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2004.07.008>
- Franck, L. S., Scoppettuolo, L. A., Wypij, D., & Curley, M. A. Q. (2012). Validity and generalizability of the Withdrawal Assessment Tool-1 (WAT-1) for monitoring iatrogenic withdrawal syndrome in pediatric patients. *Pain*, 153(1), 142–148. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.10.003>
- Grant, M. J. C., Balas, M. C., & Curley, M. A. Q. (2013). Defining sedation-related adverse events in the pediatric intensive care unit. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 42(3), 171–176. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.02.004>
- Grap, M. J., Pickler, R. H., & Munro, C. (2006). Observation of behavior in sedated, mechanically ventilated children. *Pediatric Nursing*, 32(3), 216–220. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=106326900&site=ehost-live>
- Guttormson, J. L., Chlan, L., Weinert, C., & Savik, K. (2010). Factors influencing nurse sedation practices with mechanically ventilated patients: A U.S. national survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(1), 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.10.004>
- Harris, J., Ramelet, A.-S., van Dijk, M., Pokorna, P., Wielenga, J., Tume, L., ... Ista, E. (2016). Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals. *Intensive Care Medicine*, 42(6), 972–986. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4344-1>
- Ista, E. (2008). *Comfortably Calm - Soothing Sedation of Critically Ill Children Without Withdrawal Symptoms*. Erasmus University Rotterdam, Rotterdam.
- Ista, E., van Dijk, M., Gamel, C., Tibboel, D., & de Hoog, M. (2008). Withdrawal symptoms in critically ill children after long-term administration of sedatives and/or analgesics: A first evaluation*. *Critical Care Medicine*, 36(8), 2427–2432. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318181600d>
- Jenkins, I. A., Playfor, S. D., Bevan, C., Davies, G., & Wolf, A. R. (2007). Current United Kingdom sedation practice in pediatric intensive care. *Paediatric*

- Anaesthesia*, 17(7), 675–683. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2006.02180.x>
- Neunhoeffter, F., Kumpf, M., Renk, H., Hanelt, M., Berneck, N., Bosk, A., ... Hofbeck, M. (2015). Nurse-driven pediatric analgesia and sedation protocol reduces withdrawal symptoms in critically ill medical pediatric patients. *Pediatric Anesthesia*, 25(8), 786–794. <https://doi.org/10.1111/pan.12649>
- Vet, N. J., Ista, E., de Wildt, S. N., van Dijk, M., Tibboel, D., & de Hoog, M. (2013). Optimal sedation in pediatric intensive care patients: a systematic review. *Intensive Care Medicine*, 39(9), 1524–1534. <https://doi.org/10.1007/s00134-013-2971-3>

10. ANEXOS:

- Questionário a ser aplicado
- Folha de consentimento informado

APÊNDICE XVIII – PÓSTER DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

SCIENCE & SOUL | 2020 Lisbon, Portugal

The 3rd Annual Congress on Trauma-informed, Neuroprotective
Care for Hospitalized Infants, Families and Clinicians



Research Project: Iatrogenic Withdrawal Syndrome education needs of doctors and nurses in a Neonatal Intensive Care Unit

Carlos Alberto Melo Silva Monteiro*, Maria Alice Santos Curado**

* ISE, Hospital Santa Maria, Lisbon, MSc Student of the 1st MSc Master Course in Nursing in the area of Specialization in Child Health and Pediatrics, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Lisbon School of Nursing), PT.
** Coordenadora Pediátrica, ISE, ISE, Department of Child and Youth Health, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Lisbon School of Nursing), PT.

Background

- Infants admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) are exposed to sources of stress like pain and distress from procedures, overstimulating environment and separation from parents.
- These stressors adversely impact these infants' neurodevelopment, with long lasting effects especially in the preterm population.
- Neuroprotective care and pharmacological treatment can minimise pain and distress, minimizing these stressors impact on the infants.
- Opioids are a common pharmacological treatment however, upon its discontinuation it may lead to Iatrogenic Withdrawal Syndrome (IWS).
- IWS is a mainly preventable adverse event that increases discomfort both for the infant and parents, with NICU prevalence rates of 9-37%.
- The IWS prevention and management is considered a quality of care indicator in Intensive Care Units (ICU) and the European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC) published recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment.
- There is no literature on healthcare practices or health professionals education needs following the issue of these recommendations by ESPNIC.

Purpose

To identify education needs of doctors and nurses in a perinatal differentiated (level 3) 18 bed NICU regarding IWS and clarify strategies in use for identification, risk assessment, prevention and treatment of IWS in the NICU, against ESPNIC's recommendations on IWS.

Design and Methods

- Observational and exploratory study with a mixed approach by application of self developed open and closed questions survey, through email.
- Variables to be assessed include years of experience and NICU experience, doctors and nurses response variance, IWS concepts, agreement of IWS prevention strategies, identification of neonates at risk, scales for IWS assessment and its treatment to ESPNIC's recommendations.
- All health professionals in the NICU (13 doctors and 44 nurses) are included, excluding medical interns and nursing students.
- The analysis will be performed by using the software IBM® SPSS® Statistics (v. 26, SPSS, An IBM Company, Chicago, IL) and IRaMuTeQ (textual data analysis). Results will be presented through descriptive and inferential statistics and graphics representation.
- Ethics Committee and NICU Director authorization will be requested. Individual consent from nursing and medical professionals to participate in the survey was obtained.

Conclusion

The main aim of this project is to raise awareness of healthcare teams in the NICU of the IWS and its implications to care, in order to address the problem through an evidence-based paradigm following ESPNIC's most recent recommendations, thus promoting a neuroprotective care approach. Following the survey it is planned to perform a education session approaching specific areas identified on the survey responses, enabling clarification of concepts and practices with the expectation of further improving quality of care to the neonate and their families, and if successful broadening the intervention to the pediatric department.

References

- Cassidy, B. V., & Jurek, A. M. (2019). Tutorial point-to-point software (RStudio). Retrieved from <http://www.tutorialspoint.com/rstudio/rstudio.html> [Accessed 17/02/2020].
Coughlin, M. (2017). Trauma informed, neuroprotective care for hospitalized newborns and infants. *Infant, 13*(2), 176-179. Retrieved from http://www.infantjournal.co.uk/journal/inf_132_176.pdf
Gallardo, J., & Koh, J. L. (2014). Recognition and Management of Iatrogenically Induced Opioid Dependence and Withdrawal in Children. *PEDIATRICS*, 133(5), 122-122. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2298>
Harris, J., Ramarat, A. S., van IJk, M., Pickens, P., Wieringa, J., Tasse, L., ... & Loh, E. (2018). Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals. *Intensive Care Medicine*, 43(3), 375-380. <https://doi.org/10.1177/0001934018043444>
Menden, J. (2019). *Statistical Analysis with SPSS Statistics (7th Edition)*. New Pakistan: Report Number, Ltd.

CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO
LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente

APÊNDICE XIX – PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO

Exmo. Sr. Prof. Doutor

Presidente da Comissão de Ética

Assunto: Pedido de parecer para a realização de estudo

Exmo. Sr. Prof. Doutor, venho por este meio submeter à apreciação da Comissão e solicitar o seu parecer para a realização de um estudo com o título **“A Criança com Síndrome de Abstinência Iatrogénica: Necessidades de formação dos profissionais de saúde em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal e Pediátrica”**, a realizar no âmbito do *Mestrado de Especialização* em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Maria Alice dos Santos Curado.

É um estudo de tipo exploratório, transversal com abordagem mista, através da aplicação em dois momentos (antes e após intervenção formativa) de um questionário com perguntas abertas e fechadas, a médicos e enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal e Pediátrica do Serviço de Pediatria do Hospital.

Tem dois objetivos: o primeiro a identificação das necessidades de formação dos profissionais de saúde sobre a intervenção na Síndrome de Abstinência Iatrogénica nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal e Pediátrica do Serviço de Pediatria do Hospital; o segundo a avaliação da eficácia de uma sessão de formação sobre essa Síndrome. Como resultado esperado estabeleceu-se a sensibilização dos profissionais para as questões relacionadas com a identificação, gestão e tratamento desta síndrome, conduzindo a uma eventual melhoria dos cuidados prestados às crianças admitidas em ambas as Unidades de Cuidados Intensivos.

Com os melhores cumprimentos,

O Investigador Principal

Lisboa, 1 de January de 2021

Exma. Sra. Dra.

**Coordenadora da Unidade de Cuidados
Intensivos Pediátricos,**

Assunto: Pedido de autorização para a realização de estudo

Exma. Sra. Dra., venho por este meio submeter à sua apreciação e solicitar a sua autorização para a realização de um estudo com o título **“A Criança com Síndrome de Abstinência Iatrogénica: Necessidades de formação dos profissionais de saúde em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal e Pediátrica”**, a realizar no âmbito do *Mestrado de Especialização* em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Maria Alice dos Santos Curado.

É um estudo de tipo exploratório, transversal com abordagem mista, através da aplicação em dois momentos (antes e após intervenção formativa) de um questionário com perguntas abertas e fechadas, a médicos e enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal e Pediátrica do Serviço de Pediatria do Hospital.

Tem dois objetivos: o primeiro a identificação das necessidades de formação dos profissionais de saúde sobre a intervenção na Síndrome de Abstinência Iatrogénica nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal e Pediátrica do Serviço de Pediatria do Hospital; o segundo a avaliação da eficácia de uma sessão de formação sobre essa Síndrome. Como resultado esperado estabeleceu-se a sensibilização dos profissionais para as questões relacionadas com a identificação, gestão e tratamento desta síndrome, conduzindo a uma eventual melhoria dos cuidados prestados às crianças admitidas em ambas as Unidades de Cuidados Intensivos.

Com os melhores cumprimentos,

O Investigador Principal

Lisboa, 1 de January de 2021

APÊNDICE XX – QUESTIONÁRIO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Síndrome de Abstinência Iatrogénica na Criança

A Síndrome de Abstinência Iatrogénica é considerada um evento adverso da utilização de sedo-analgésia que pode e deve ser prevenida, com uma taxa de prevalência reportada entre os 13 e 57%.

Na impossibilidade da sua prevenção, diversas manifestações podem ocorrer consoante os fármacos utilizados, que aumentam o sofrimento e desconforto da criança (insónia, febre, vômitos, diarreia, sudorese), e estão associadas à ocorrência de eventos adversos como extubações acidentais, aumento do tempo de internamento ou necessidade de maior intensidade terapêutica.

A European Society of Paediatric Neonatal Intensive Care emitiu um documento com recomendações relativamente a esta síndrome, relevando a importância da sua identificação, da utilização de escalas validadas, e da utilização de estratégias preventivas e de tratamento, no sentido de melhorar a qualidade assistencial às crianças com esta síndrome.

Enquadrado na realização de um Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, elaborou-se o seguinte questionário com o intuito de identificar necessidades de formação dos profissionais de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos em relação à Síndrome de Abstinência Iatrogénica na Criança.

A resposta ao questionário é anónima, estando salvaguardada a proteção dos dados disponibilizados.

1. Profissão

Mark only one oval.

- ☐ Enfermagem
☐ Medicina

2. Sexo

Mark only one oval.

- ☐ Feminino
☐ Masculino

3. Local de trabalho

Mark only one oval.

- ☐ Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
☐ Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

4. Tempo de exercício profissional (Anos)

5. Tempo de exercício em Cuidados Intensivos (Anos)

Caracterização da Síndrome de Abstinência Iatrogénica

A determinação da ocorrência da Síndrome de Abstinência Iatrogénica implica a correta identificação das crianças em risco, o conhecimento dos sistemas orgânicos que são afetados e suas manifestações (sinais e sintomas), e quais os fármacos responsáveis pela sua disfunção. Implica igualmente que os conceitos utilizados pela equipa de saúde sejam uniformes permitindo uma tomada de decisão célere e adequada.

Descreva por palavras suas os conceitos apresentados em seguida

6. Dependência

7. Tolerância

8. Abstinência

9. Iatrogenia

10. Elabore uma definição de Síndrome de Abstinência Iatrogénica

11. Dos fatores de risco apresentados em seguida, assinale os que julga estarem associados ao desenvolvimento da Síndrome de Abstinência Iatrogénica

Tick all that apply.

- ☐ Dose cumulativa
- ☐ Utilização de múltiplos fármacos
- ☐ Existência de protocolos de sedação e desmame
- ☐ Via de administração
- ☐ Avaliação do nível de sedação e de abstinência
- ☐ Idade
- ☐ Duração da administração
- ☐ Tipo de fármaco
- ☐ Gravidade clínica

A Síndrome de Abstinência Iatrogénica caracteriza-se por diversos sinais e sintomas que podem surgir isoladamente ou em conjunto, e que estão relacionados com o tipo de fármaco utilizado pelo qual se desenvolveu uma dependência.

12. Atribua a cada categoria de fármaco apresentado os sistemas por este afetados no caso de se desenvolver a Síndrome de Abstinência Iatrogénica.

Tick all that apply.

	Irritabilidade do SNC	Disfunção GI	Disfunção do SNA
Benzodiazepinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opióides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avaliação da Síndrome de Abstinência Iatrogénica

Atendendo à necessidade de intervir na ocorrência da Síndrome de Abstinência Iatrogénica, ao nível da sua prevenção, gestão e tratamento, a European Society of Paediatric Neonatal Intensive Care elaborou um documento de consenso para difundir o que o conjunto de peritos entendeu como sendo as melhores práticas baseadas na evidência (Harris et al., 2016)

13. Segundo as recomendações internacionais, deverá considerar-se uma criança em risco de desenvolvimento de síndrome de abstinência após quantos dias de infusão contínua de opióides ou benzodiazepinas?

Mark only one oval.

- ☐ 3 dias
☐ 5 dias
☐ 7 dias
☐ 10 dias

Outra das recomendações é a utilização de um instrumento normalizado (escala validada) que seja apropriada à população a avaliar

14. Conhece alguma escala de avaliação da síndrome de abstinência validada para:

Tick all that apply.

	Sim	Não
Neonatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Atribua a cada escala referida em seguida a população à qual é aplicável

Tick all that apply.

	Neonatologia	Pediatria	Não Sabe/Não Conhece
NWI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOTHER-NAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NASS (Finnegan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WAT-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOS-PD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Aplica alguma das escalas mencionadas na pergunta anterior no seu local de trabalho?

Mark only one oval.

- ☐ Sim
☐ Não

Sendo um evento adverso evitável, devem ser implementadas estratégias de prevenção da ocorrência da Síndrome de Abstinência Iatrogénica. Contudo, caso sejam ineficazes, é necessária a aplicação de estratégias de gestão e tratamento de modo a eliminar ou minorar os efeitos da Síndrome.

Classifique as seguintes afirmações de acordo com a frequência da sua utilização no seu local de trabalho, correspondendo 1 a Muito pouco frequente e 5 a Utilizado Sempre

17. Utilização da quantidade mínima eficaz de sedoanalgesia (conforto ou sedação consciente)

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Revisão diária das doses de fármacos administrados

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Identificar existência de factores de risco

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Definição de um plano de desmame

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Diminuição da dose de fármaco em 10 a 20% da dose inicial em intervalos de 24 a 48h

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Substituição de fármacos EV por equivalentes entéricos

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Classifique as seguintes medidas não farmacológicas de acordo com a frequência da sua utilização no seu local de trabalho, correspondendo 1 a Muito pouco frequente e 5 a Utilizado Sempre.

23. Contenção e posicionamento

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Objecto de conforto (chucha, polvo, boneco, manta)

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Diminuição da estimulação ambiental (luz, som)

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Manutenção de normotermia

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Alimentação regular

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. Balanço hídrico equilibrado

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Presença e envolvimento familiar

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. Informação sobre sintomas, evolução e tratamento implementado, à criança e família

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Das medidas farmacológicas recomendadas para a gestão e tratamento da Síndrome de Abstinência Iatrogénica uma é a utilização de fármacos adjuvantes. Dos fármacos apresentados em seguida identifique os que conhece como adjuvantes.

Tick all that apply.

	Conhece	Desconhece
Hidrato de Cloral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diazepam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clonidina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metadona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dexmedetomidina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Classifique os fármacos identificados na pergunta anterior quanto à frequência da sua utilização no seu local de trabalho, correspondendo 1 a Muito pouco frequente e 5 a Utilizado Sempre.

32. Hidrato de Cloral

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. Diazepam

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. Clonidina

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. Cetamina

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. Metadona

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. Dexmetedomidina

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muito obrigado pela sua participação